Rok XLIX. Kraków, dnia 18. czerwca 1910. Nr 25.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

## CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

## Problemat dziedziczności w patologii.

**(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).**

Napisał

**Prof. Dr Karol Klecki.**

(Ciąg dalszy).

Wielu klinicystów uważa, że zachodzi pewien antagonizm pomiędzy dną (artrytyzmem) a gruźlicą, co należałoby tłómaczyć właściwością podłoża, niekorzystną dla rozwoju prątka gruźlicy w ustroju chorego na dnę. Według Maurela w rodzinach obciążonych dną ilość dzieci z biegiem czasu się zmniejsza, zwłaszcza ilość chłopców (Laurent); po jakimś czasie występuje niepłodność, zwłaszcza mężczyzn, tak że ród taki, jeśli nie łączy się z rodzinami, wolnemi od skazy dnawej, już po 5 pokoleniach jest skazany na wymarcie.

Typowo rodzinną chorobą, występującą na tle dziedzicznem, jest krwawiączka (haemophilia). Cierpieniem tem dotknięci są zazwyczaj mężczyźni, a tylko 3% kobiet, pochodzących z rodzin hemofilików choruje na krwawiączkę. Krwawiączkę, polegającą na wadliwym składzie krwi, przekazują dalszym pokoleniom mężczyźni, częstokroć przez pośrednictwo kobiet, występujących tutaj w roli t. zw. konduktorów; w ten sposób dziad hemofilik przekazuje zazwyczaj krwawiączkę wnukowi przez córkę, chorobą tą nie obarczoną. Krwawiączka, częsta u anglosasów, występuje zwykle w rodzinach, wyróżniających się znaczną płodnością.

Podobne stosunki dziedziczne, jak w krwawiączce, występują w daltonizmie. Brak jednej ze substancyi wzrokowych, na którym według Heringa zaburzenie to polega, przechodzi i tutaj na dalsze pokolenia z mężczyzn przez pośrednictwo kobiet, jakkolwiek niekiedy i kobiety same cierpią na daltonizm.

Według większości oftalmologów t. zw. krótkowzroczność szkolna powstaje najczęściej również na tle dziedzicznem; Gałęzowski stwierdził je w tem cierpieniu w 3847 przypadkach na 4654, Straumann zaś w większej części badanych przypadków. U wszystkich prawie ludzi w pierwszych okresach życia stwierdzić można dalekowzroczność, która z biegiem czasu przechodzi we wzrok miarowy; jeśli w tem przekształcaniu się refrakcyi oka granica zostanie przekroczona, co zwykle na tle dziedzicznem zachodzi, powstaje krótkowzroczność, ujawniająca się najczęściej u dzieci w okresie szkolnym. Tło dziedziczne występuje w wielu przypadkach zaćmy (cataracta), która ma przechodzić z ojca częściej na synów, z matki zaś zarówno na synów, jak na córki; w zezie, spotykanym przeważnie u mężczyzn, a utrzymującym się niekiedy w kilku pokoleniach (Steiger), w połowie mniej więcej przypadków, w kurzej ślepocie i zaniku nerwu wzrokowego, rozpoczynającym się już około 30 roku życia.

Stwierdzono je w wielu przypadkach chorób żołądka, zwłaszcza w zaniku wydzielniczym żołądka, we wrzodzie okrągłym, który według Bernharda powstaje na tle dziedzicznem w 33% przypadków, według Habera zaś tylko w 15% przypadków, w niektórych chorobach nerek, wątroby, w błednicy, w wielu przypadkach wyrośli kostnych, w różnych chorobach skóry, zwłaszcza w rybiej łusce, »dermatitis bullosa«, szponowatości symetrycznej paznokci (Koehler) i innych.

W etyologii chorób nerwowych i umysłowych dziedziczność odgrywa wielką rolę, jako główny czynnik usposabiający do tych chorób. Neuropatyczne obciążenie dziedziczne stwierdzono tu w bardzo wielu przypadkach, zarówno takich chorób, które się uważa za zaburzenia czynnościowe układu nerwowego, jakoteż i takich, w których występują zmiany morfologiczne w tym układzie. Spotyka się je w padaczce, pląsawicy przewlekłej, histeryi, myoklonii, neurastenii, nerwobolach, migrenie. Według niektórych klinicystów tło dziedziczne ma wielkie znaczenie we wiądzie rdzenia, który, jak wiadomo, najczęściej występuje u kiłowych; wobec tego, że choroba ta występuje nie u wszystkich, a tylko u niektórych osobników, które przebyły kiłę, możliwą jest rzeczą, że usposobienie neuropatyczne, najczęściej dziedziczne, do powstania wiądu rdzenia u kiłowych się przyczynia; niektóre spostrzeżenia przemawiają przytem za tem, że im silniejsze jest owo neuropatyczne usposobienie dziedziczne, w tem wcześniejszym okresie kiły trzeciorzędnej wiąd rdzenia występuje. Porażenie obustronne ośrodkowe, opisane przez Freunda, jest chorobą rodzinną, porażenie postępujące, choroba Friedreicha, bezład móżdżkowy, opisany przez Marie, porażenie dziecięce, porażenie nerwu twarzowego, stwardnienie powrózków bocznych rdzenia, stwardnienie rozsiane, oraz jamistość rdzenia spotyka się również w niektórych rodzinach szczególnie często; powyższe choroby występują zazwyczaj zarówno u rodziców, jakoteż i u potomstwa w tym samym, określonym wieku, często nawet bez jakiejkolwiek dającej się wykazać przyczyny okolicznościowej, można zatem uważać, że mają one w ustroju pewien okres utajenia, niekiedy nawet bardzo długi.

W rodzinach neuropatów spotyka się wielki heteromorfizm występujących tu cierpień nerwowych. Tak n. p. u potomstwa histeryczki mogą wystąpić zapalenie opon mózgowych, pląsawica, padaczka; po zakażeniu się kiłą osobniki takie okazują wielkie usposobienie do wiądu rdzenia lub porażenia postępującego.

Dziedziczne obciążenie neuropatyczne sprawia, że u dotkniętych niem osobników, nietylko choroby nerwowe powstają łatwiej, niż u osobników w ten sposób nie obciążonych, ale że i we wszelkich innych chorobach, w których różne przypadłości nerwowe się zdarzają, przypadło-

ści te w silnym występują stopniu; bredzenie w stanach gorączkowych, drgawki w zapaleniu płuc, mocznicy, osłabienie inteligencyi po przebyciu duru brzusznego i t. p. są tego przykładem.

W rodzinach neuropatów obciążenie dziedziczne często z biegiem czasu w dalszych pokoleniach potęguje się, zwłaszcza jeśli przy związkach rodzinnych nie baczy się na dobór osób, które w danych warunkach powinny pochodzić z rodzin pod względem nerwowym nie obciążonych. Jako pewien odczynnik, wskazujący na stopień obciążenia neuropatycznego, mogą służyć napoje wyskokowe, które na ogół tem gorzej są znoszone, im obciążenie to jest większe.

Według Rogera obciążenie neuropatyczne występuje nietylko u osób, pochodzących z rodzin, w których panują choroby nerwowe, ale może ono powstać i w sposób ostry przez silne zadziałanie bodźców psychicznych na rodziców w chwili płodzenia danego osobnika. Zastąpienie podczas silnego wzruszenia, w ciężkiem zmartwieniu, podczas żałoby i t. p., ma na układzie nerwowym potomka szkodliwie się odbijać.

Podobnie, jak niektóre choroby nerwowe i pewne choroby mięśni występują często na tle dziedzicznem; na pierwszem miejscu wypada tu wymienić różne postacie postępującego zaniku mięśni, mianowicie postać, opisaną przez Erba, a występującą u osobników młodych, oraz postać twarzowo-łopatkowo-ramieniową, opisaną przez Landouzyego i Dejerinea. Niektóre postacie myoklonii należą również do chorób rodzinnych; występują one niekiedy u całego, licznego nawet rodzeństwa.

W chorobach umysłowych usposobienie dziedziczne niewątpliwie wielką odgrywa rolę. Dane statystyczne, zebrane w tym względzie przez rozmaitych psychiatrów, nie dają wprawdzie jednolitego obrazu częstości obciążenia dziedzicznego w cierpieniach umysłowych; według niektórych statystyk zdarza się ono zaledwo w 4% przypadków, większość jednak statystyk przemawia za znacznie większą jego częstością, a według Moreau ma ono zachodzić aż w 90% wszystkich przypadków.

Obłąkanie zdarza się nietylko w rodzinach pod względem nerwowym i umysłowym zwyrodniałych, ale i w takich rodzinach, których niektórzy członkowie wyróżniają się wybitnemi zdolnościami umysłowemi, niekiedy nawet geniuszem. Na związek pomiędzy genialnością, a obłąkaniem zwrócił uwagę w znanej swej książce Lombroso. Ludzie genialni i obłąkani mają tę wspólną cechę, że myśli ich są inne, jak większości ludzi, a nawet myślom tych ludzi przeciwne. Czy jednak ludzi genialnych można istotnie uważać za »wyższych degenerantów« pod względem umysłowym, jest rzeczą co najmniej bardzo wątpliwą.

Choroby umysłowe, do których usposobienie się dziedziczy, po dłuższym zazwyczaj okresie utajenia wybuchają, czy to pod wpływem zmian, zachodzących w pewnych stanach fizyologicznych w sferze płciowej, a odbijających się na całym ustroju, przedewszystkiem zaś na jego układzie nerwowym, jako to w pokwitaniu, połogu, latach przejściowych, czy też pod wpływem jakiejś przyczyny okolicznościowej, jako to urazu, wstrząśnienia moralnego, zakażenia, zatrucia i t. p.

Obłąkanie zdarza się częściej u mężczyzn, niż u kobiet; Orszanskij sądzi, że jest to skutkiem większej wrażliwości mózgu męskiego na działanie różnych czynników szkodliwych; prawdopodobniejszem atoli wydaje się twierdzenie, że mózg mężczyzn znacznie częściej, niż mózg kobiet, stanowi t. zw. »locus minoris resistentiae«, a to wskutek wyczerpania umysłowego, alkoholizmu lub zakażenia kiłowego, a przeto i schorzeniom łatwiej ulegać może.

W rodzinach, obciążonych chorobami umysłowemi, zdarzają się zazwyczaj rozmaite postacie obłąkania; niektóre tylko choroby umysłowe, zwłaszcza melancholia, przekazuje się dziedzicznie w tej samej postaci. Zresztą panuje tu wielki polimorfizm chorób, jak twierdzą niektórzy psychiatrzy, tem większy, im większe obciążenie dziedziczne.

Z chorób umysłowych, występujących na tle usposobienia dziedzicznego, wymienić należy stępienie władz umysłowych w wieku młodym, idyotyzm, obłęd okresowy, melancholię, zwłaszcza ze skłonnością do samobójstwa, manię prześladowczą, opilstwo okresowe; w niektórych zaś chorobach umysłowych, n. p. w porażeniu postępującem, rzadko tylko można stwierdzić tło dziedziczne.

Spostrzeżenia klinicystów świadczą, że i nowotwory w pewnej części przypadków powstają na tle dziedzicznem; według Delbeta tło takie stwierdzić można w 10—15% przypadków. Virchow oraz Verneuil wyrazili zdanie, że wszystkie wogóle nowotwory na tle dziedzicznem powstać mogą; atoli według nowszych spostrzeżeń zdarza się to w niektórych nowotworach częściej, niż w innych, a mianowicie nerwowłókniaki mnogie, nerwiaki, włókniaki, glejaki, tłuszczaki, gruczolaki i mięśniaki spotyka się jako choroby rodzinne częściej, niż inne nowotwory. I rak w 13 do 18% przypadków występuje jako choroba rodzinna, a przytem siedziba nowotworu w danej rodzinie często jest jednaka. Jednym ze znanych przykładów rodów, rakiem dotkniętych, jest rodzina Napoleona I, który sam cierpiał na raka i którego ojciec, 2 siostry i brat również na raka cierpieli.

W ostatnich latach, przy sposobności studyów, jakie w wielu pracowniach doświadczalnych przeprowadza się nad nowotworami złośliwymi u zwierząt, stwierdzono, że w pewnej, stosunkowo niewielkiej zresztą liczbie przypadków, nowotwór złośliwy występuje u potomstwa zwierząt, którym dany nowotwór przeszczepiono. I w krakowskim Zakładzie patologii, w którym takie badania przeprowadza Wrzosek, zdarzyło się to raz jeden na kilkanaście przypadków, w których zwierzęta z przeszczepionymi nowotworami rzuciły młode. Wobec tego jednak, że istota nowotworów złośliwych dotychczas nie jest znana, i że w danych warunkach zakażenia komórkami nowotworu wyłączyć nie można, badania doświadczalne nad nowotworami złośliwymi na dziedziczność ich tła dotąd jasnego światła rzucić nie mogły.

Niezmiernie doniosłą, a niezupełnie jeszcze rozstrzygniętą jest sprawa dziedziczności w chorobach zakaźnych, przedewszystkiem zaś w gruźlicy, ze względu na niezmiernie wielką pospolitość tej choroby. W bardzo licznych badaniach lekarskich starano się stwierdzić, jak często u chorych dotkniętych gruźlicą tło dziedziczne dla tej choroby można wykazać. Wyniki tych badań wypadły bardzo rozmaicie; według jednych statystyk pewne obciążenie dziedziczne spotyka się zaledwie u 10% osobników gruźliczych, według innych aż w 85%, niektórzy zaś lekarze odmawiają wszelkiego wogóle znaczenia usposobieniu dziedzicznemu w gruźlicy. Jakkolwiek poglądy lekarzy w tej sprawie są jeszcze bardzo sprzeczne, wszyscy zgadzają się na to, że gruźlica niewątpliwie może wystąpić u osób dziedzicznie nie obciążonych, jako zakażenie okolicznościowo nabyte; zwłaszcza zakażenie wśród małżonków zdarza się często, jak również i zakażanie się dzieci od rodziców. Z pracy Weinberga, opartej na statystyce miasta Stuttgartu wynika, że dzieci rodziców gruźliczych mają tem mniejszą szansę dojść do wieku rodziców, im większą miały sposobność we wczesnej młodości stykać się z otwartą gruźlicą rodziców, oraz im bardziej data ich urodzenia zbliża się do daty śmierci rodziców.

Według Kocha usposobienie do gruźlicy występuje niezmiernie rzadko; zaś według znanego poglądu Behringa, który zresztą, po wywołaniu bardzo obszernej dyskusyi w tym przedmiocie, bynajmniej w nauce się nie ustalił, zakażenie prątkiem gruźlicy ma zachodzić najczęściej w dzieciństwie i to przez przewód pokarmowy, do którego zarazki wraz z mlekiem się dostają. Większość atoli patologów, opierając się zarówno na wyniku badań anatomo-patologicznych, jako też na badaniach doświadczalnych w tej sprawie, jakie zwłaszcza w ciągu ostatnich lat kilku w wielkiej bardzo ilości przeprowadzono w różnych pracowniach

doświadczalnych, a wśród nich i w krakowskim Zakładzie patologii (prace Rogozińskiego, Wrzoska, Rzegocińskiego, Macieszy), obstaje przy poglądzie dawniejszym, mianowicie, że człowiek zakaża się gruźlicą pospolicie nie przez przewód pokarmowy, ale przez drogi oddechowe, a względnie, że pierwotnej siedziby zakażenia gruźlicą często szukać należy w gruczołach limfatycznych, zwłaszcza szyjnych, dotkniętych tak często u dzieci zołzowatych.

Z pośród wielu argumentów, podnoszonych na korzyść poglądu, że w powstawaniu gruźlicy tylko zakażenie prątkiem Kocha ma rozstrzygające znaczenie, usposobienie zaś dziedziczne małą tylko odgrywa rolę, a względnie żadnego zgoła znaczenia nie ma, przytoczę ciekawe spostrzeżenia Boega z r. 1905, poczynione na duńskich wyspach Faroe, do niedawna tak od świata odciętych, że gruźlicę zaniesiono tam dopiero w r. 1880; po zbadaniu w tym względzie wielu rodzin, zamieszkujących te wyspy, Boeg doszedł do przekonania, że gruźlica nie występuje częściej u potomstwa osób chorobą tą dotkniętych, niż u potomstwa osób zdrowych, że zatem brak dowodów na to, by obciążenie dziedziczne w powstawaniu gruźlicy poważniejszą odgrywało rolę. Ciekawe jest także doświadczenie Bernheima z r. 1894, przeprowadzone nad 3 parami bliźniąt, pochodzącymi z 3 matek suchotnic. Troje z tych dzieci, po jednem z każdej pary bliźniąt, pozostawiono wśród rodziny; karmiono je piersią mamek zdrowych, od gruźlicy zupełnie wolnych; wszystkie te dzieci zmarły na gruźlicę, a z 3 mamek zdrowych dwie zaraziły się gruźlicą i zmarły na tę chorobę. Drugie troje dzieci z owych trzech par bliźniąt wysłano na wieś i karmiono również piersią osób zdrowych; wszystkie te dzieci wychowały się zdrowo. Wobec tego, że w zwykłych warunkach potomstwo osób gruźliczych conajmniej przez pierwsze lata życia pozostaje wśród rodziny, gdzie niewątpliwie wielką ma sposobność do zakażenia się gruźlicą, niezmiernie trudno zwykle rozstrzygnąć pytanie, czy w danym przypadku wystąpienie gruźlicy w pierwszym rzędzie usposobieniu dziedzicznemu, czy też łatwej sposobności do zakażenia się gruźlicą przypisać należy.

To jedno tylko stwierdzają spostrzeżenia większości lekarzy, że, jak to pierwszy podniósł jeszcze Laënnec, dzieci osób gruźliczych zapadają na gruźlicę częściej, niż dzieci osób gruźlicą nie obciążonych. Skoro w każdym przypadku gruźlicy zakażenie prątkiem swoistym jest rzeczą konieczną, przeto w sprawie usposobienia dziedzicznego do gruźlicy trudne do rozwiązania pytanie sprowadza się do tego, czy potomstwo osób gruźliczych jest na zakażenie prątkiem Kocha mniej odporne. niż osoby pochodzące z rodzin wolnych od gruźlicy, czy też odporność na ten zarazek jest w obu przypadkach jednakowa.

Doświadczenie lekarzy poucza, że w rodzinach gruźliczych usposobienie do gruźlicy przekazuje potomstwu głównie matka; ojciec przekazuje je tylko pośrednio, mianowicie przez matkę, którą zakaża gruźlicą. Ogilvie twierdzi, że u potomstwa osób gruźliczych gruźlica płuc występuje zwykle po tej samej stronie, co u rodziców.

Jest rzeczą już dawno stwierdzoną, że u osobników, pochodzących z rodzin gruźliczych, często występują pewne znamiona, które zwolennicy teoryi dziedziczenia usposobienia do gruźlicy uważają za morfologiczny wyraz tego usposobienia; obok zmian morfologicznych spotyka się także i zmiany czynnościowe, ujawniające się częstokroć w postaci chorób, u takich osobników szczególnie częstych. W piśmiennictwie polskiem posiadamy rozległe w tym względzie spostrzeżenia Zielińskiego.

W badaniach, przeprowadzonych nad wielu bardzo rodzinami gruźliczemi, stwierdzono, że poronienia z powodu obumarcia płodu, oraz przedwczesne porody są w takich rodzinach częstsze, niż w rodzinach zdrowych; że dzieci po urodzeniu się w czasie właściwym mają mniejszą od prawidłowej wagę, i że wolno na wadze przybierają; że ogólny rozwój cielesny ich często jest upośledzony, niekiedy tak wybitnie, że osobniki takie w wieku młodzieńczym okazują wyraźny infantylizm. U dzieci rodziców gruźliczych ciemiona późno się zamykają, ząbkowanie, kostnienie jest opóźnione; spotyka się u nich rozszczep kręgów lędźwiowych, żeber, wrodzone zwichnięcie biodra, upośledzenie rozwoju narządów płciowych, zmiany skóry, nieprawidłowości uwłosienia, słaby rozwój układu krwionośnego, jako to małe wymiary serca i wązkość naczyń, słaby rozwój wątroby, nerek, zwłaszcza zaś typową zmianę budowy klatki piersiowej, znaną pod nazwą klatki piersiowej paralitycznej (thorax paralyticus), czyli wązkości klatki piersiowej, długiej klatki piersiowej, o odstających łopatkach i wiotkich mięśniach oddechowych; pojemność płuc, w takiej klatce piersiowej umieszczonych, jest zmniejszona, a przewietrzanie szczytów płuc, w których choroba w początkowych okresach gruźlicy płuc zazwyczaj się sadowi, jest upośledzone. Ze względu na to zwykłe początkowe usadowienie się zarazka w gruźlicy płuc, w wązkiej klatce piersiowej najważniejszą jest zmiana górnego jej otworu, mianowicie jego zwężenie, na co już przed 60 laty zwrócił uwagę Freund. Powstawanie tej zmiany tłómaczył Freund jednostronnem lub obustronnem skróceniem chrząstki pierwszego żebra, które jako wada rozwojowa, wcześnie powstała, występuje dopiero w okresie pokwitania jako zmiana kostnienia i ruchomości tej chrząstki. Wychodząc z tego założenia że szczyt płuca, uciśnięty przez zwężony otwór górny klatki piersiowej, łatwo gruźlicy ulega, doradzał już Freund zapobiegać gruźlicy przez przecięcie chrząstki pierwszego żebra i wytworzenie w niej sztucznego stawu.

Teoryę Freunda, przez długi czas zapoznaną, podjęli dopiero w ostatnich latach Harras i Hart. Potwierdzając naogół pogląd Freunda, doszli oni do wniosku, że skrócenie chrząstki pierwszego, niekiedy zaś i drugiego żebra i wczesne jej skostnienie, zazwyczaj jednostronne, występują rzadko jako zmiana pierwotna, a najczęściej są skutkiem pierwotnego skrzywienia w bok kręgosłupa w górnej części klatki piersiowej. Skręcenie wdechowe górnej części klatki piersiowej wywołuje zwężenie tylnej części górnego jej otworu, zaś skostnienie chrząstki pierwszego żebra, niekiedy wywołane przez zapalenie ochrzęstnej (perichondritis ossificans), wywołuje sztywność tego otworu.

Powyższa zmiana klatki piersiowej, spotykana najczęściej u osobników pochodzących z rodzin gruźliczych, może powstać i jako zmiana nabyta w dzieciństwie lub pokwitaniu wskutek skrzywienia w bok kręgosłupa, czy to z powodu krzywicy, czy też wadliwego siedzenia w szkole. Pierścień kostny, stanowiący w danych warunkach zwężony i zesztywniały górny otwór klatki piersiowej, wywiera na odpowiednią część płuca ucisk, który niekiedy pozostawia ślad anatomiczny w opisanej przez Schmorla bruździe, przebiegającej pod szczytem płuca na tylnej i bocznej części górnego płata. W samym zaś szczycie płuca występuje w tych warunkach opisane przez Birch-Hirschfelda załamanie, zaciśnięcie i zwężenie oskrzeli. Oczywistą jest rzeczą, że wówczas czynność tej części płuc jest wielce upośledzona, że krążenie krwi i limfy odbywa się w niej nieprawidłowo, że zalega tu wydzielina oskrzeli oraz wprowadzony z powietrzem kurz. Prątek Kocha wprowadzony jakąkolwiek drogą do tak zmienionego szczytu płuca znajduje tu dobre warunki do swego rozwoju, mnoży się i sprowadza chorobę u młodzieńców i ludzi dorosłych usadowioną początkowo z powyżej wymienionych względów zazwyczaj w szczytach płuc

Za słusznością przytoczonych wywodów przemawia poniekąd ta okoliczność, że gruźlica powstała w wieku późniejszym, np. po urazie lub w przebiegu cukrzycy, sadowi się zazwyczaj poza szczytami płuc, oraz że gruźlica płuc, powstała u dzieci, których klatka piersiowa jest niezmiernie sprężysta, a szczyty płuc są ustawione jeszcze stosunkowo nizko, występuje również nie w szczytach, ale zwykle u wnęki płuc.

U dzieci, pochodzących z rodzin gruźliczych stwierdzono osłabienie przemiany materyi, głównie wskutek upo-

śledzenia przyswajania, zmniejszenie wytwarzania ciepła, stąd łatwe obniżanie się ciepłoty ciała, różne zaburzenia odżywienia, słabość wrodzoną (debilitas congenita), zaburzenia nerwowe, trudne wytwarzanie nowych gałązek naczyniowych w sprawach odrodczych. U dzieci takich występują często zołzy, krzywica, a w wieku późniejszym błednica, histerya, padaczka, zwężenie ujścia żylnego lewego (Potain, Teissier). Niektórzy lekarze twierdzą, że w rodzinach gruźliczych odporność dzieci w ciągu pierwszych dwu lat życia na różne sprawy zakaźne jest większa, niż u innych dzieci.

Drugą sprawą zakaźną, przekazywaną potomstwu przez rodziców jest kiła, do niedawna powszechnie uważana za dziedziczną, a w ostatnich czasach, ze względu na wątpliwości zachodzące co do właściwej dziedziczności w tej sprawie, określana przez większość autorów jako kiła wrodzona.

Zmiany kiłowe u potomstwa osób, chorobą tą zakażonych, mogą niekiedy, jak to wykazał Fournier, występować nietylko w najbliższem, ale jeszcze i w następnem pokoleniu; za pomocą zaś próby Wassermanna znalazł w ostatnich czasach Linser, że odczyn, świadczący o zakażeniu kiłowem ustroju, u potomstwa osób kiłowych może się utrzymywać aż do trzeciego pokolenia.

(C. d. n.).

---

**Z oddziału i kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.**

# Dwieście siedemdziesiąt trzy przypadki twardzieli

leczone w latach 1894—1910

podał

**Dr Antoni Pachoński**
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Jama nosowo-gardłowa była zajęta twardzielą ogółem 172 razy, z czego w 4 przypadkach była jedynem siedliskiem twardzieli. Mniej więcej połowa przypada na zmiany ogniskowe, a połowa na rozlane. W ogromnej większości przypadków były to nacieki stare, w znacznym stopniu włóknisto przeobrażone, w postaci błon, listew lub twardych guzów i mniejszych białawych guzków. Znacznie rzadziej spotykano nacieki świeże w postaci bladoróżowych guziczków i groszków lub w postaci rozlanej. Pochodzi to prawdopodobnie stąd, że twardziel, o ile zajmuje samą tylko jamę nosowo-gardłową, sprawia nieznaczne tylko dolegliwości, na które chorzy mało zwracają uwagi, przypisując je nieżytowi nosa, przeziębieniu lub t. p.

Dwie chore np. (Marya K., lat 35, mieszkanka Krakowa, rodem z Przemyślan i Regina G., lat 62, położna, ur. i zam. w Krakowie), które badałem w ostatnich miesiącach, skarżyły się jedna na nieżyt nosa, druga na zasychanie w gardle i drażnienie przez uczucie czegoś obcego poza podniebieniem. U obu z nich dolegliwości pochodziły od zmian twardzielowych jamy nosowo-gardłowej, zwężających nozdrza tylne, przez co oddychanie nosem było znacznie upośledzone, towarzyszący zaś nieżyt zanikowy gardła (pharyngitis sicca) tłómaczył dalsze przypadłości. Były to już zmiany stare, bliznowate błony, czyli musiały trwać szereg lat, a chore dopiero w tym okresie szukały porady lekarskiej.

To tłómaczyłoby nam także, dlaczego w większości przypadków twardzieli jamy nosowo-gardłowej znajdujemy właśnie takie stare tylko zmiany, a dalej, że znacznie częściej, niż to mamy sposobność spostrzegać, twardziel sadowi się pierwotnie w tem miejscu. Chorzy zazwyczaj przychodzą z twardzielą już więcej rozsianą, szukają pomocy z powodu chrypki lub duszności, z powodu zniekształtnienia lub i dla nich już widocznego zarastania nosa. Znajdujemy wówczas niejednokrotnie świeże zupełnie, nawet całkiem początkowe nacieki w krtani lub nosie, a w jamie nosowo-gardłowej listwy lub błony bliznowate; chorzy opowiadają o niedawnym początku choroby, a jednak na podstawie badania jamy nosowo-gardłowej musimy ten początek na lata wstecz przesunąć.

Obrazy wziernikowe, jakie na tle tych zmian powstają w jamie nosowo-gardłowej, przedstawiają się bardzo różnorodnie. Pomijając już drobne guziczkowate nacieki, które mało wpływają na obraz ogólny, to przy naciekach rozlanych i starszych tylnej powierzchni podniebienia miękkiego i fałdów trąbkowo-podniebiennych, w miarę ich przemiany włóknistej, a co za tem idzie, kurczenia się i ściągania, podniebienie miękkie zostaje podciągnięte ku górze, brzeg jego sztywno się napina i często przybiera kształt łuku gotyckiego. Języczek, jeżeli sam jest wolny od nacieku, zostaje silnie ku tyłowi odchylony, a wreszcie całkiem przeciągnięty na tylną powierzchnię podniebienia i znajdujemy go tam dopiero przy wziernikowaniu nosa od tyłu (rhinoscopia posterior). Przylega on zupełnie do podniebienia, a jeśli jest nieco dłuższy, nie pozwala nam nawet dojrzeć przegrody nosowej (lemiesz). Naciek twardzielowy samego języczka wywołuje jego skurczenie się, a nawet zupełne wciągnięcie tak, że nawet i śladu po nim nie znajdujemy, lub tylko jakiś nieznaczny guziczek w tem miejscu. Naciek, zajmujący powierzchowne warstwy tylnej strony podniebienia, kurcząc się, wywołuje jakby rozdwojenie się podniebienia miękkiego, podział na blaszkę przednią i tylną. Wówczas widzimy, że łuki podniebienne przednie osobno, a tylne znowu osobno z sobą się spotykają, a oddziela je głęboka nieraz bruzda, przyczem języczek, o ile jest jeszcze utrzymany, pozostaje przy łukach tylnych. Ponieważ naciek tylnej powierzchni podniebienia miękkiego często przechodzi wzdłuż fałdów podniebienno-trąbkowych (plicae salpingo-palatinae) na ściany boczne, powstaje przy jego kurczeniu się nowy obraz, a mianowicie od dołu i zewnątrz dźwigają się w górę dwa fałdy różnej grubości zależnie od tego, czy przeważa utkanie włókniste, czy świeże komórkowe, i jak kulisy przesłaniają nam ujścia trąbek Eustachego, przesłaniają nozdrza tylne tak, że widzimy nieraz tylko górny koniec przegrody (lemiesz) i obok niego dwa małe otworki. Kiedyindziej strop stanowi punkt węzłowy, z którego promienisto rozbiegają się fałdy lub nawet zupełnie (z wyjątkiem swych końców) wolne listwy ku ścianom bocznym i podniebieniu. Trzykrotnie spostrzegano w naszej klinice w obrębie jamy nosowo-gardłowej pierścieniowate zwężenie na wysokości wałów trąbkowych; raz listwa, biegnąca w poprzek lemiesza, tworzyła z nim krzyż, który dzielił nozdrza tylne na cztery małe otworki; raz wreszcie między zwisającem jeszcze nieco podniebieniem miękkiem, a tylnym obwodem sklepienia rozpięta była, jakby przepona, dość cienka błona twardzielowa z małym otworkiem nieco odśrodkowo położonym,

przez który dopiero widziało się niedokładnie lemiesz i tylne nozdrza z tylnemi końcami małżowin.

Wielkie guzy, wypełniające całą jamę nosowo-gardłową, a niekiedy wysterczające z poza brzegu podniebienia miękkiego, wytwarzała twardziel osiem razy, mniejsze guzki i guziki 25 razy, w innych przypadkach były postacie mieszane guzków, nacieków rozlanych, błon i listew. W 14 przypadkach nie można było jamy nosowo-gardłowej obejrzeć przy pierwszem badaniu z powodu zrostu podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardła, który to zrost wprawdzie tylko raz jeden był całkowitym, a w innych przypadkach niezupełnym, jednakże łączący otworek, jaki się utrzymywał, był tak mały, że uniemożliwiał badanie i dopiero musiało się go sztucznie bądźto na tępo, nawet palcem, bądź to elektrokauterem rozszerzać.

Na 67 przypadków twardzieli gardła (łuki podniebienne, przestrzeń między niemi zawarta i tylna ściana gardła wraz z bocznemi) zmiany usadowiły się 54 razy na łukach podniebiennych, z czego 16 razy jednostronnie. Przeważnie naciekłe były łuki tylne, a tylko 6 razy przednie. Ściana tylna i boczne były zajęte ogółem 23 razy, w czem 10 razy bez współczesnych zmian na łukach podniebiennych. Zrost łuków podniebiennych z tylną ścianą spostrzegano 18 razy, a w jednym przypadku przyrośnięty był tylko języczek, który tworzył mostek między podniebieniem, a ścianą gardła; w jednym także przypadku spostrzegano wytwarzanie się zrostu w czasie pobytu chorego na oddziale. W chwili przyjęcia na klinikę zauważono poza łukiem tylnym prawym płaski naciek z nadżerką. W ciągu kilkotygodniowej obserwacyi wystąpiło zgrubienie przez naciek twardzielowy rozlany na dolnej połowie łuku prawego, zetknięcie się tegoż i zrazu wiotkie, łatwe do oddzielenia, zlepienie z płaskim naciekiem, poza nim leżącym, które później zmieniło się w zupełny, szeroki zrost. Naciek twardzielowy rozwinął się tak obficie, że dolny odcinek łuku podniebiennego tylko słabo wśród niego się zaznaczał.

Ogólna liczba przypadków, w których było zwężenie komunikacyi między gardłem, a jamą nosowo-gardłową jest naturalnie większa, bo należy tu także doliczyć owe 14 przypadków, o których wspominałem przy opisie jamy nosowo-gardłowej, czyli razem byłoby 33 przypadków, t. j. przeszło 12% wszystkich 273 przypadków twardzieli.

Stosunkowo rzadko występuje naciek w okolicy migdałków, jak również zrośnięcie się przednich łuków podniebiennych z językiem. Jedno i drugie spostrzegano tylko w dwu przypadkach. Naciek między łukami występował jednostronnie i dotyczył migdałka prawego. Przypadek zrośnięcia łuków podniebiennych z językiem przedstawiał się następująco:

Grzegorz D., lat 35, zarobnik, zamieszkały w Rokitoć, Węgry, przebywał w klinice od 12. XI. 1903 — 15. I. 1904 r.

Choroba zaczęła się przed 7 laty uczuciem słodkości w jamie ustnej i bolami. Od 4 lat zatkanie nosa, od 3 utrudnienie połykania. Żona i troje dzieci zdrowe.

Stan obecny: Nos zewnętrznie prawidłowy. Przy obmacywaniu strony lewej czuć twardość chrząstkowatą w obrębie części miękkiej nosa. Wnętrze nosa: po stronie prawej naciek blado-szary, ostro odgraniczony od reszty błony śluzowej, rozpoczyna się na górnej powierzchni małżowiny dolnej, a przechodzi na dno nosa; po lewej naciek zajmuje ścianę zewnętrzną z pozostawieniem dna i przegrody nosowej. Głębi nosa po żadnej stronie obejrzeć nie można, nos po obu stronach dla powietrza niedrożny.

Jama ust: błona śluzowa podniebienia twardego, począwszy od linii, łączącej pierwsze zęby trzonowe, zajęta jest naciekiem o powierzchni nierównej, gdzieniegdzie pokrytym białawym, zgrubiałym nabłonkiem, a w niektórych miejscach okazuje powierzchowne ubytki. Podniebienie miękkie całą swą powierzchnią przyrosło ukośnie do tylnej ściany gardła. W miejscu, odpowiadającem obu przednim łukom, występuje ono w postaci dwu grubych wałów, zrośniętych z korzeniem języka i ściągających język ku tyłowi. Wały te wraz z grubem i przyrosłem do gardła podniebieniem tworzą sklepienie z nacieku twardzielowego, popod które prowadzi ukośnie biegnący kanał o świetle średnicy fasoli, a którego dno stanowi język o prawidłowej błonie śluzowej: Największe rozchylenie szczęk, na jakie chory zdobyć się może, wynosi między zębami siecznymi niespełna 2 ctm. Z krtani widać zaledwie górny brzeg nagłośni. Zwężenia krtani niema.

Wśród nacieków twardzielowych gardła rzadziej spotykaliśmy postać ogniskową jako pojedyncze guziczki, tu i ówdzie rozrzucone, bo tylko w 17 przypadkach, w innych zaś występowała postać rozlana. O ile pierwsza postać pozostaje bez wpływu, to druga niebawem wywołuje zmiany w prawidłowym obrazie gardła. Jednostronne nacieki łuków wywołują ich zgrubienie, a wkrótce w miarę przemiany włóknistej, ściąganie się i skracanie i przeciąganie języczka na swoją stronę. Nacieki obustronne łuków napinają sztywno podniebienie miękkie, a zwłaszcza jego brzeg wolny, a jeżeli to kurczenie się łuków połączy się ze ściąganiem się starych nacieków na tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, to następuje rozdwojenie się brzegu podniebienia, środkiem którego biegnie nieraz dość głęboki rów, o czem wyżej już wspominałem. Naciek z łuków podniebiennych łatwo przechodzi przez płytkie zagłębienia poza łukami tylnymi na ściany boczne gardła. Łuki zostają stopniowo przypłaszczone, przyciągnięte, albo, jak w przypadku powyżej wspomnianym, zlepiają się i zrastają z równocześnie istniejącymi naciekami ściany tylnej, przez co stopniowo zostaje podniebienie miękkie odchylone ku tyłowi, a wreszcie przy odpowiednich warunkach, jak powierzchowna maceracya odpowiadających sobie nacieków, na stałe w tem nieprawidłowem położeniu umocowane. W miarę tych zmian, komunikacya jamy nosowo-gardłowej z gardłem zostaje w różnym stopniu upośledzona, lub nawet całkiem zniesiona, a wówczas zmienia się także wyraz twarzy chorego. Chory, nie mogąc oddychać nosem, trzyma usta ciągle otwarte, głos jego przybiera odcień nosowy, traci swój dźwięk. Najmniej i stosunkowo bardzo rzadko tylko spotyka się utrudnienie połykania.

Nacieki twardzielowe na tylnej ścianie gardła bardzo często układają się w smugi i pasma, przebiegające z góry na dół, a złożone są przeważnie z drobnych guziczków twardzielowych; nawet szerokie nacieki okazują zawsze łatwo broczącą ziarnistość. Pomiędzy temi pasmami i placami twardzielowemi rozrzucone są wyspy prawidłowej błony śluzowej, które wyraźniej występują zwłaszcza wśród zmian starych, bliznowatych. Płaskie promieniste blizny potwardzielowe właśnie tem dają się łatwo od blizn pokiłowych odróżnić, że obok tych wysp prawidłowej błonyślu-

zowej, obejmują także choćby drobne ogniska świeżych nacieków twardzielowych.

Większe guzy twardzielowe, dość częste w jamie nosowo-gardłowej, tu na ścianie tylnej gardła rzadko się spotyka. W naszej klinice spostrzegano guz taki tylko raz jeden jako twór dość miękki, szeroką podstawą usadowiony na ścianie tylnej gardła.

Przednia powierzchnia podniebienia miękkiego i podniebienie twarde rzadko tylko ulega twardzieli. Na pierwszem stwierdzono 25 razy, na drugiem 6 razy zmiany twardzielowe. W paru tylko przypadkach widzieliśmy zmiany drobne, ogniskowe, zresztą zawsze rozlane po całem podniebieniu, jako naciek blado-różowy, ziarnisty, miejscami zbliznowaciały, to znowu grubym, białym nabłonkiem pokryty lub zmacerowany i zawsze bez jakichkolwiek owrzodzeń. W trzech przypadkach naciek twardzielowy przechodził na dziąsła, przyczem raz tworzył guz wielkości śliwki, a w jednym tylko przypadku przechodził na dno jamy ustnej i język.

W tym przypadku twardziel dotyczyła 18-letniego zarobnika Franciszka T. — z Zakrzowa, u którego początki choroby według wywiadów, a także i według obrazu zmian należałoby odnieść do wczesnej młodości. Twardziel zajmowała u niego jamę ust, gardła, jamę nosowo-gardłową i krtań. W nosie były tylko objawy nieżytu zanikowego. Świeże zmiany były tylko w krtani, reszta zaś zmian były to stare bliznowaciejące nacieki z rozrzuconemi tu i ówdzie ogniskami świeżemi. Język był deskowato twardy, niebolesny, z kilkoma głębokimi wrębami z boków i na górnej powierzchni. Ku przodowi mógł go chory tylko ku zębom zbliżyć; ruchy na boki dość utrzymane, ku górze niemożliwe. Między językiem, a twardem dnem jamy ustnej napinały się z boków liczne ścięgniste blizny. Taksamo zmienione były fałdy błony śluzowej, rozpięte między dolną, a górną szczęką i łuki podniebienne i t. d.

(C. d. n.).

## Piśmiennictwo bieżące.

### Medycyna wewnętrzna.

Heisler i Tomor. **W sprawie leczenia gruźliczego krwawienia z płuc.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 17). Powszechnie panuje przekonanie, że krwotok płucny jest typowym objawem jamy. Tak jednak bywa nie zawsze, bo często spotyka się krwotok w początkach gruźlicy, gdzie jam wcale niema, a często znów przy typowych jamach niema krwotoków wcale. Nieraz krwioplucie jest jednym z pierwszych objawów zapalenia płuc (a nie zapalenie płuc następstwem aspiracyi krwi, jak się sądzi). Co do zachowywania się chorego i leczenia krwotoków, to odróżnić tu należy kilka szczegółów. Pierwszym, bardzo ważnym, jest uspokojenie chorego, który bywa zwykle ogromnie zjawieniem się nieoczekiwanego krwotoku przerażony. Dalej polecamy: spokój, milczenie, postawę pół siedzącą, dyetę płynną (pokarmy letnie), dbanie o regularny stolec i oddawanie moczu i zapobieganie odleżynie. Z leków podajemy leki narkotyczne, o ile krwotok nie jest zbyt gwałtowny, z dodatkiem atropiny. Wdychiwania azotynu amylowego oddają nieraz dobre usługi przez wywołanie spadku ciśnienia krwi w aorcie, podniesienia w tętnicy płucnej. Natomiast ze środków tamujących krwawienie prócz żelatyny (podskórnie lub w lewatywie) nie stosujemy żadnych, zwłaszcza ergotyny, styptycyny i t. p. Polecają wstrzykiwania surowicy, wlewania soli kuchennej, adrenalinę i t. p. Ze środków fizycznych stosujemy: worek z lodem, ciepło na resztę ciała celem odciągania krwi, gorące lewatywy, odsznurowanie kończyn, unieruchomienie klatki piersiowej plastrami, a wreszcie zabiegi operacyjne w postaci ucisku płuc przez sztuczną odmę piersiową. A.

H. Noguchi. **Racyonalny i prosty sposób serodyagnostyki kiły.** (Americ. Med. Assoc. czerwiec, 1909). W pracy tej wskazuje autor na błędy, jakie posiadają co do kiły niektóre metody odchylenia dopełniacza, zalecane przez różnych autorów.

Wyciągi wodne i alkoholowe wątrób z przypadków kiły dziedzicznej zawierają, zwłaszcza pierwsze, dużą ilość substancyi znoszących działanie dopełniacza (antykomplementarnych); prócz tego wyciąg wodny obfituje w substancye hemolizujące, jak mydła, kwasy tłuszczowe i t. p. N. znalazł sposób oddzielenia właściwego antygenu od tych substancyi, których działanie może doprowadzić do błędnych wyników; mianowicie działa on na wyciąg alkoholowy wysuszony acetonem; antygen, w ten sposób przygotowany, da się przechowywać bardzo długo; można również przez długi czas przechowywać jego rozczyn alkoholowy i używać go w razie potrzeby rozcieńczonego fizyologicznym rozczynem soli. Autor zauważył również, że surowica kiłowa, ogrzana do $56^0$ przez pół godziny, traci około 75% swych niweczników; stąd koniecznem jest używać ilości większych, gdy wykonywa się odczyn z surowicą unieczynnioną. Nowaczyński.

L. Brieger i H. Renz. **Chloran potasu w serodyagnostyce kiły.** (Med. Wochs. 1909, 16. XII.). Od chwili ogłoszenia odczynu WNB nie ustają usiłowania, zmierzające do uproszczenia techniki, głównie do zastąpienia antygenu przez jakieś ciało chemiczne. Br. i R. podają nowe uproszczenia odczynu, polegające na zastąpieniu w systemie hemolitycznym subst. hemolizującej (amboceptora) przez rozczyn chloranu potasu. Autorowie badali w ten sposób 65 surowic, kontrolując wyniki badań tych sposobem zwykłym. I rzecz ciekawa, we wszystkich przypadkach bez wyjątku wyniki były te same; rozczyn chloranu potasu 1 : 150 rozczynu soli fizyol. zastępował najzupełniej amboceptor dla ciałek czerwonych barana. Technika odczynu Br. i R. jest ta sama, co Wassermana, z tą różnicą, że, zamiast dodawać do ciałek surowicy unieczynnionej (królika) hemolitycznej (dla ciałek barana), autorowie dodawali 1 $cm^3$ lub $1/2$ $cm^3$ rozczynu chloranu potasu, następnie wstawiali do termostatu $37^0$ na 20 minut.

Dalsze badania mają wyjaśnić mechanizm działania chloranu potasu. Nowaczyński.

P. Teissier i R. Bénard. **Badania nad odczynem Wassermana w płonicy.** (C. R. Soc. Biol. t. LXVIII. luty, 1910). T. i B. podjęli badania Mucha i Eichelberga, którzy stwierdzili dodatni odczyn Wassermana w 40% przypadków płonicy. Wyniki ich są prawie te same, jak tamtych autorów, mianowicie w 32% dawały surowice płonicze odczyn dodatni, w 52% częściowo dodatni, w 16% ujemny. Różnica w badaniach T. i B. była ta, że zamiast używać jako antygenu wyciągów wodnych wątroby, jak to czynili M. i E., posługiwali się wyciągami alkoholowymi.

Odczyn dodatni pojawia się już w 3-cim dniu choroby, a znika po miesiącu. Autorowie sądzą, że przyczynę dodatniego odczynu, jaki dają surowice płonicze, przypisać należy obecności niweczników pochodzenia wątrobowego, wytworzonych przez ustrój w celu ochrony przed substancyami, jakie powstają w wątrobie, która uległa zaburzeniom czynnościowym. Nowaczyński

J. Nicolas, M. Favre, Cl. Gantier. **Śródskórny i skórny odczyn syfiliną u kiłowych.** (C. R. Soc. Biol. t. LXVIII. luty, 1910). Autorowie nazwali syfiliną wyciąg glicerynowy zgęszczony wątroby kiłowej. Zapomocą tego wyciągu próbowali odczynu śródskórnego, szczepiąc go pod

warstwę Malpighiego i odczynu skórnego, jak przy odczynie Pirqueta u osobników kiłowych, (10 kiłowych w II. okresie, 2 w III.), leczonych równocześnie. Odczyn skórny nie daje żadnych wyników; przeciwnie zaś odczyn śródskórny syfiliną, czterokrotnie rozcieńczoną w fizyologicznym rozczynie soli (0·7%), dał w 7 przypadkach wyniki dodatnie (zaczerwienienie i naciek w miejscu szczepienia), w 4 niepewne, a w 1 ujemny; mianowicie na 10 osobników z kiłą drugorzędną było 5 odczynów wybitnie dodatnich, 4 wątpliwe, 1 ujemny, u 2 z kiłą trzeciorzędną oba wyraźnie dodatnie; u trzech kontrolnych osobników nie wystąpił żaden z odczynów. Za odczyn dodatni uważano zmiany w skórze, występujące dopiero po 8—48 godzinach. (Podobne doświadczenia ze syfiliną podjęto w Instytucie Calmettéa, lecz wyników dodatnich nie otrzymano. Przyp. spraw.).

Nowaczyński (Lille).

Sabrazes i Eckenstein. **Uwagi, tyczące się metody związania dopełniacza w kile.** (Lancet 1910, Nr 4). Autorowie podają wyniki swych spostrzeżeń, tyczących się serodyagnostyki kiły, według metody Hechta. Przygotowują oni antygen z serca ludzkiego, działając nań alkoholem absolutnym (10 gr mięśnia sercowego dokładnie posiekanego w 100 cm³ alkoh. absol.); mieszaninę tę ogrzewają w kąpieli wodnej 60° przez dwie godziny, poczem zostawiają w ciepłocie pokojowej przez 24 godzin, następnie sączą i miareczkują w końcu w obecności surowicy kiłowej i zdrowej. Doświadczenie przeprowadzają w trzech rurkach: do każdej dają po 0,1 cm³ surowicy badanej, do pierwszej dodają 0,1 cm³ soli fizyologicznej (0,9%) i takąż samą ilość antygenu dokładnie wymiareczkowanego; do drugiej 0,2 cm³ tego samego antygenu, do trzeciej, która służy za kontrolę, 0,2 cm³ soli fizyolog.; te trzy rurki wstawiają do cieplarki na 1½ godz., poczem dodają do każdej z nich po 0,1 cm³ krwi barana 5% i znów wstawiają do termostatu, dopóki nie wystąpi hemoliza w rurce kontrolnej.

Postępując w ten sposób, zauważyli autorowie brak hemolizy w 28 przypadkach na 500; zapobiedz tej niedogodności można, jeśli się powtórzy doświadczenie z dodatkiem normalnej surowicy o znanej zdolności hemolitycznej do surowicy badanej. Autorowie są zupełnie zadowoleni z otrzymanych wyników, zgadzających się z wynikami, ogłoszonymi przez Jesionka i Meirowskyego, którzy badali 1000 surowic kiłowych metodą Wassermana.

Autorowie badali też 38 płynów mózgowo-rdzeniowych, używając 0,15 cm³ płynu i 0,1 cm³ surowicy ludzkiej świeżej, zdrowej i hemolitycznej; w 14 przypadkach badali równocześnie z płynem mózgowo-rdzeniowym surowicę krwi i otrzymali następujące wyniki: W 8 przypadkach surowica i płyn dały odczyn dodatni, w 4 surowica dodatni, płyn zaś ujemny, w 1 przypadku surowica i płyn ujemny, w 1 przypadku surowica ujemny, płyn dodatni.

Nowaczyński.

J. Blumenthal. **Serodyagnostyka kiły.** (Dermat. Zeitschr. t. XVII. 1910, Nr 1 i 2). Autor podaje swe uwagi, tyczące się serodyagnostyki kiły, na podstawie badania 3000 chorych. Zdaniem jego odczyn Wassermana jest lepszy, niż wszelkie inne zmodyfikowane odczyny, podawane przez różnych autorów. Wyciąg alkoholowy wątroby kiłowej daje równie dobre wyniki, jak wyciąg wodny; wyciągi narządów prawidłowych (serce świnki, człowieka lub wołu) dają dobre wyniki. Mieszanina podawana przez Sachsa i Rondoniego nie jest polecenia godną.

Odczyn Wassermana jest dodatni w I. okresie kiły w 62% przyp.; pojawia się przeważnie w przeciągu 5. lub 6. tygodnia i staje się coraz wybitniejszy w przypadkach nieleczonych; w innych okresach kiły odczyn jest dodatni w 95% przypadków; nie stoi w żadnym związku ani z wiekiem chorego, ani ze stanem choroby. Kiła dziedziczna co do odczynu zachowuje się zupełnie tak, jak nabyta. Często konieczną jest rzeczą w przypadkach, gdzie odczyn jest ujemny, powtórzyć go w pewnych odstępach czasu. Odczyn dodatni wskazuje na pewno na kiłową przyrodę choroby z wyjątkiem tych przypadków, gdzie trzeba różniczkować między zimnicą, płonicą, lub trądem, Na 400 surowic kontrolnych, pięć tylko dało odczyn dodatni, t. zn. w przypadkach, gdzie nie spostrzegano wcale objawów klinicznych kiły. Odczyn ujemny przemawia w 95% przypadków przeciw kile; w przypadkach kiły ukrytej odczyn jest dodatni w 68% w ciągu 1. roku, a w 42% w dalszych latach. Leczenie właściwe, a więc rtęć w znaczniejszym stopniu, niż jod, wpływa na znikanie odczynu, lecz nie u wszystkich osobników; odczyn znika trudniej po drugiem leczeniu, lecz gdy zniknie, nie pojawia się, aż po długim czasie.

Nie można jednakże na podstawie odczynu Wassermana określić czasu trwania leczenia, gdyż odczyn może po krótkim czasie nieobecności pojawić się na nowo; z drugiej strony znów może zniknąć samoistnie, bez leczenia; w niektórych przypadkach kiły ukrytej z odczynem ujemnym można było stwierdzić po leczeniu rtęcią pojawienie się odczynu dodatniego. Odczyn ujemny nigdy nie stanowi przeciwwskazania dla leczenia właściwego.

Co się tyczy rokowania, odczyn Wassermana niema żadnego znaczenia w pierwszych latach po zakażeniu; nie można przewidzieć z wyniku odczynu, czy n. p. w danym przypadku kiły utajonej lub późnej nie zjawią się objawy wiądu lub porażenia. Nowaczyński.

H. Noguchi i J. W. Moore. **Kwas masłowy w dyagnostyce kiły, oraz innych chorobach nerwowego układu.** (Journ. of exper. Med. t. XII., 1909). Odczyn Noguchiego jest następujący: Miesza się 1—2 części płynu mózgowo-rdzeniowego z 5 częściami kwasu masłowego 10%, ogrzewa się do lekkiego wrzenia, dodaje następnie 1 część rozczynu ługu normalnego i znów ogrzewa przez kilka minut: gdy tworzy się strąt białka kłaczkowaty, lub ziarnisty, mniej lub więcej obfity, który się powoli osadza na dnie, to jest to cecha charakterystyczna dla kiły.

Autor porównuje wyniki, otrzymane zapomocą swej metody (N) z wynikami metody Wassermana (W), oraz badania cytologicznego (C), przedsiębranych równocześnie w różnych przypadkach; są one następujące: W 4 przyp. kiły drugo- i trzeciorzędnej bez przypadłości nerwowych N — słaby, W — ujemny; w 10 przyp. kiły dziedzicznej N 90%, W 80%; w 6 przyp. kiły mózgu i rdzenia N 100%, W 50—75%; w 60 przyp. porażenia postępującego N 90%. W 73%, C 91%; w 11 przyp. wiądu N i C 100, W 53%; w 34 przyp. psychoz, nie określonych jako kiłowe N i C 2,8%, W 13%. Autorowie sądzą, że odczyn z kwasem masłowym powinien być wprowadzony do praktyki lekarskiej równorzędnie z odczynem Wassermana. Nowaczyński.

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie z 4. maja 1910 r.**

Przewodniczy r. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 25.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący odczytuje list od Dra Fr. Fronczaka z Buffalo z podziękowaniem za zamianowanie go przedstawicielem Towarzystwa lek. krak. na Kongresie narodowym polskim w Waszyngtonie i z zawiadomieniem, że mandat ten przyjmuje i zda osobiście sprawę z Kongresu w czasie swego pobytu w Krakowie w czerwcu b. r.

3) Przewodniczący odczytuje pismo Namiestnictwa we Lwowie z zawiadomieniem o V. międzynarodowym Zjeździe położników i ginekologów w Petersburgu (19—24 września 1910), o czem bliższych informacyi udziela przewodniczący

komitetu organizacyjnego Prof. Dymitr Ott (Petersburg, Wassilij Ostrów, linia Uniwersytetu 3) lub sekretarz generalny Prof. P. Sadowski (Petersburg, Newski Prospekt 92).

4) Przewodniczący odczytuje list Dra Obtułowicza w sprawie wycieczki naukowej lekarskiej na południe na statku »Thalia« w czasie od 6. listopada do 5. grudnia b. r.

5) Przewodniczący zawiadamia, iż Dr Bazyli Hanczakowski, lekarz pułkowy, wstąpił jako członek zwyczajny do Tow. lek. krak.

6) Prof. Kader przedstawia: a) **nerkę zmienioną gruźliczo, wyciętą wraz z moczowodem** na całej długości, aż do pęcherza. Nerka przedstawia typowe rozległe zmiany, moczowód zgrubiały do rozmiarów palca.

b) Chorą wyleczoną z **ciężkiego ostrego zapalenia dróg żółciowych** (cholangitis acuta), przebiegającego z dreszczami, wysoką gorączką, żółtaczką. Leczenie polegało na wycięciu pęcherzyka żółciowego i drenowaniu przewodów wątrobowego i żółciowego wspólnego. Ciepłota szybko spadła, żółtaczka znikła, a wydzielina żółciowa z rany stopniowo malała, tak iż obecnie nie ma jej wcale. Jednocześnie ustaliło się w głębi połączenie pomiędzy przewodem wątrobowym a żółciowym wspólnym tak, iż stolce są prawidłowo zabarwione.

c) Chorą po **cholecystektomii z powodu ropniaka pęcherzyka żółciowego** bez kamieni.

d) Dwa wypełnione kamieniami **pęcherzyki żółciowe,** pochodzące z dwóch innych wyleczonych przypadków.

Schorzenia dróg żółciowych powinny, zdaniem K. znacznie częściej i wcześniej być operowane, niż to uznaje większość internistów. Zarówno ciężkie i nieobliczalne powikłania, jak ogromna techniczna trudność przypadków zadawnionych przemawiają za tem.

e) Chłopca 14-letniego z ogromnym, większym od głowy dorosłego człowieka **naczyniakiem na grzbiecie;** wewnątrz naczyniaka czuć można kamyki żylne.

f) Chorego z bliznowatem **zwężeniem przełyku** po oparzeniu ługiem. Choremu po dokonaniu gastrostomii przeprowadzono cienki dren gumowy przez przełyk. Jeden koniec tego drenu umocowany jest grubą nitką jedwabną u otworu nosowego, drugi wystaje z otworu gastrostomijnego i służy do odżywiania chorego (dren w obrębie żołądka ma boczne nacięcia). Przy pomocy nitki wspomnianej wprowadza się co tydzień gruby dren, aż do czasu, kiedy będzie można przejść do rozszerzania systematycznego zapomocą zgłębników elastycznych. K. pokazuje zmianę drenu i jego umocowanie.

7) Dr Radliński przedstawia: a) chorą l. 24, którą operował z powodu **porażnego hakonoga** (pes calcaneus paralyt.). Dokonał przecięcia guza piętowego skośnie, przesunięcia odciętej części w górę i w tył, i umocowania jej tam gwoździem z kości słoniowej; prócz tego skrócił ścięgno Achillesa i przeciął podskórnie powięź podeszwową. Wynik dobry (okazanie rentgenogramów przed i po zabiegu).

b) Chorego, któremu wyciął kątnicę wraz z częścią okrężnicy i jelita biodrowego z powodu **wgłobienia** (invaginatio ileo-coecalis). Wskazanie do resekcyi przy wgłobieniu wynika z niebezpieczeństwa pęknięcia jelita przy rozsuwaniu wgłobienia, szczególnie w przypadkach podostrych i przewlekłych, oraz z tego, że nawet po rozsunięciu wgłobienia i przekrojeniu szczytu części wgłobionej niepodobna nieraz wobec stałych tam zmian zastoinowo-obrzękowych orzec, czy nie chodzi o rozpoczynający się nowotwór złośliwy, tak dalece mogą te sprawy być makroskopowo do siebie podobne. Przedstawiony przypadek jest osiemnastym przypadkiem resekcyi kątnicy, dokonanym od czasu ogłoszenia przez R. metody Prof. Kadera resekcyi kątnicy w r. 1907 (wtedy oparto statystykę klin. krak. na 28 przypadkach). Śmiertelność w ostatniej nowej seryi wynosi około 15% (u innych autorów około 25%), przyczem ani razu powodem zejścia śmiertelnego nie było zakażenie otrzewnej. (Streszczenie własne).

W dyskusyi przypomina Prof. Kader główne zasady swego postępowania: sprawę uruchomienia kątnicy, bocznej anastomozy, enterotrypsyjnego odcięcia schorzałego odcinka jelit z wytworzeniem ślepych końców, zasadniczo stosowaną tamponadę rany. — Dr Murczyński podaje przebieg 4-miesięcznej choroby kobiety, przedstawionej przez Prof. Kadera (pod c) i podnosi trudności w nakłonieniu chorych do operacyi. — Prof. Kader wypowiada przekonanie, iż wszystkie przypadki kamicy żółciowej powinny być leczone wyłącznie chirurgicznie.

8) Dr J. Syrop wygłasza odczyt: **O leczeniu zębów krzywo rosnących.** Do najnowszych zdobyczy medycyny praktycznej zaliczyć należy ortodoncyę, czyli naukę o prostowaniu krzywo-rosnących zębów i nieprawidłowo rozwiniętych szczęk, nietylko dlatego, że usunięcie tych wad usuwa równocześnie zniekształcenie twarzy danego dziecka, ale że, co jest o wiele ważniejszem, wpływa bardzo korzystnie na cały dalszy rozwój dziecka. W 80% przypadków bowiem zmiany w rozwoju szczęk i zębów powikłane są ze zmianami w nosie lub gardle pod postacią wyrośli gruczołowatych, zgrubień błony śluzowej nosa, skrzywień przegrody nosowej, przerostu małżowin i migdałków i t p. Przez usunięcie tych zmian poprawiają się wprawdzie stosunki oddychania, ale tylko przejściowo, dopiero przez usunięcie zmian w szczękach i krzywych zębach następuje poprawa stała. Doświadczenie uczy, że dzieci takie, poprzednio niedokrwiste, nerwowe, o śnie niespokojnym i przerywanym, po wyleczeniu zmian w szczękach znakomicie się rozwijają.

Ortodoncya, już dawniej znana, dopiero od czasu badań amerykanina Anglego, który naukę tę oparł na ścisłych badaniach anatomicznych, histologicznych, jak i fizycznych, doszła do dzisiejszego znacznego rozwoju. Jest ona według zgodnego zdania wszystkich ortodontystów i chirurgów, dzisiaj może najściślejszą gałęzią medycyny. Dzisiaj bowiem z matematyczną ścisłością orzec możemy po dokładnem rozpoznaniu, w jaki sposób tę lub ową zmianę leczyć i jakiego wyniku spodziewać się mamy. Według zdania Anglego możemy wszystkie postacie zmian, a więc prognacyę, ortognacyę, zwarcie otwarte, zwężenie szczęki górnej i dolnej, zmiany w zwarciu, dokładnie i bez zabiegów krwawych, a tylko zapomocą prostych, ale bardzo dokładnie zrobionych przyrządów ortopedycznych i zupełnie bez bolu wyleczyć. Zdanie Anglego i późniejszych autorów, jak Case, Jacksona, Bakera, przejęli Niemcy i pod wieloma względami ulepszyli postępowanie. Zajmując się specyalnie także ortodoncyą, leczył prelegent w ostatnich latach kilkanaście przypadków, między tymi kilka bardzo powikłanych, i jak modele przed i po leczeniu pokazują, z zupełnie dodatnim wynikiem. Nietylko bowiem wejrzenie dzieci zupełnie się na korzyść zmieniło, ale przez przywrócone fizyologiczne zwarcie (zgryz) przyswajanie pokarmów jest zupełnie prawidłowe, a co ważniejsza, upośledzone poprzednio sen i oddychanie, i, co za tem idzie, rozwój klatki piersiowej, są obecnie zupełnie prawidłowe. Nadmienić należy jeszcze, że zmiany te bez leczenia ciągle się pogarszają, a dzieci takie, zmuszone oddychać przez usta, narażone są na ciągłe nieżyty krtani i oskrzeli i często zapadają na zapalenia gardła i płuc. Również niedokładne zgryzienie pokarmów wywołuje nieżyty żołądka, niedokrwistość i nerwowe bole głowy.

Najodpowiedniejszym czasem do leczenia jest wiek między 10. a 15. rokiem, i to im wcześniej, tem lepiej. Ponieważ wyleczenie jest zupełnie niebolesne, a wyniki wprost wyśmienite, jest obowiązkiem każdego lekarza chorób dzieci i specyalisty chorób nosa i gardła, każdego takiego chorego skierować do ortodentysty. (Stresz. własne).

**Posiedzenie z d. 18. maja 1910.**

Przewodniczący R. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 26.

I. Przewodniczący przedkłada listę składek na fundusz stypendyjny im. Augusta Witkowskiego, przysłaną przez Rektora U. J.

II. Przewodniczący odczytuje pismo Komitetu jubileuszowego Prof. Pareńskiego, wzywające do składek na fundusz dla ozdrowieńców szpitala św. Łazarza.

III. Dr Steuermark przedstawia następujących 5 przypadków chorób skórnych, leczonych w zakładzie jego **promieniami Roentgena.** 1) Chora dotknięta **twardzielą nosa** (rhinoscleroma), leczona wielokrotnie przez lat 7 zarówno zachowawczo, jak i chirurgicznie, jednakowoż bez skutku; nos chorej typowo zniekształtniony, z nozdrzy wyzierają masy tkanki nowotworowej o powierzchni guzowatej, nierównej, skrzydła nosowe chrząstkowato twarde; błony śluzowe wolne. — Wobec braku widoków jakiegokolwiek leczenia, zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego, rozpoczął prelegent stosowanie promieni Roentgena, wychodząc z założenia, że promienie te wywierają działanie wybiórcze na każdą tkankę młodą, ziarninową, odznaczającą się bogactwem składników komórkowych i naczyń krwionośnych, a tem samem powinny doprowadzić do zaniku tkankę twardzielową. — Już też po pierwszych naświetlaniach guzy zaczynają się zmniejszać, również podmiotowo chora odczuwa pewną ulgę, pozbyła się bowiem uczucia świądu i pieczenia w nosie; prelegent spodziewa się, że konsekwentnie przeprowadzonem leczeniem promieniami Roentgena uda się przywrócić chorej pełną drożność obu przewodów nosowych; powołuje się przytem na publikacye z kliniki Mikulicza i Rydygiera.

2) Chory **z liszajem płaskim** (lichen ruber planus), zupełnie wyleczony; S. przedstawia przytem fotografię, przedstawiającą obraz chorobowy przed leczeniem; obecnie znajduje się duża plama barwikowa, o średnicy 15 ctm, barwy ciemno-brunatnej, o kolorycie sepii, typowym dla wyleczonego ogniska liszaja płaskiego; wyleczenie to osiągnął prelegent dwoma naświetlaniami (po $^1/_2$ dawki). Wynik należy uważać za znakomity, gdyż leczeniem arszenikowem uzyskaćby można podobny skutek dopiero przez długotrwałe stosowanie, co nie może być obojętne dla ustroju chorego, zagraża bowiem stłuszczeniem mięśnia sercowego, nabłonków nerkowych i t. d. Również nie wiedzie tak prędko do celu leczenie miejscowe maściami, które oprócz tego jest dla chorego przykre i uciążliwe. Bezwątpienia należy przyznać rentgenoterapii pierwszeństwo, jako metodzie najszybciej leczącej, zupełnie niebolesnej, ogromnie wygodnej dla chorego, a przedewszystkiem nie narażającej go na zatrucie, jak to się dzieje przy arszeniku.

3) Chory **z łupieżem czerwonym mieszkowym** (pityriasis rubra pilaris Devergie), który przeszedł już 8 kuracyi arszenikowych w najrozmaitszych formach (wstrzykiwania atoksylu, pigułki azyatyckie, rozczyn Fowlera) — wszystko bez większego skutku. Dopiero pod wpływem promieni Roentgena wysypka ustąpiła i chory przez $^1/_2$ roku był zupełnie zdrowy. Obecnie nowy nawrót choroby, który prelegent w ten sposób naświetlał, że dla kontroli poddał leczeniu tylko prawą połowę twarzy i grzbiet prawej ręki; już po jednem naświetleniu skóra zaczyna wracać do prawidłowego stanu, natomiast nienaświetlona lewa połowa twarzy i grzbiet lewej ręki są bez zmiany. — Przy tej sposobności omawia prelegent symptomatologię tej choroby, oraz rozpoznanie różniczkowe z liszajem kończystym (lichen ruber acuminatus), z którym długie lata szkoła wiedeńska tę chorobę identyfikowała pomimo klasycznych prac Besniera, Richanda i C. Boecka, domagających się oddawna uznania choroby tej za odrębną jednostkę chorobową.

4) Chora z wyleczonym **trądzikiem martwiczym** (acne necrotica) o typowem usadowieniu na granicy czoła i głowy owłosionej; obecnie pozostały blizny, podobne do blizn poospowych.

5) Chora **z hydroa vacciniforme,** bardzo rzadką chorobą skórną, stale nawracającą, przeważnie w letnich miesiącach (hydroa aestivale) pod wpływem promieni słonecznych lub ostrego wiatru, usadowioną na miejscach odsłoniętych, a więc na twarzy i rękach, a cechującą się obecnością pęcherzyków z zagłębieniem na szczycie, z których przez zakażenie wtórne od zewnątrz tworzą się krosty, podobne do krowiankowych (pustula-vaccina), a następnie strupki, po odpadnięciu których zostają blizny, podobne do blizn poospowych. Prelegent przeprowadza rozpoznanie między tą chorobą, a innemi podobnemi, w szczególności z poprzednio przedstawionym przypadkiem trądzika martwiczego, zwracając uwagę na punkta ważne pod względem różniczkowo-rozpoznawczym.

Oprócz przedstawienia powyższych pięciu chorych przytacza prelegent historyę choroby młodego chłopca, który nie mógł się zgłosić w dniu tym do demonstracyi, a wyleczony został jeszcze przed $1^1/_2$ rokiem zapomocą promieni Roentgena z 16 lat trwającego **strupnia woszczynowatego** (favus). Poprzednie leczenie epilacyą i maściami, długie lata prowadzone, było zupełnie bez skutku, dopiero zupełna epilacya całej głowy zapomocą promieni Roentgena sprowadziła zupełne wyleczenie; nowa generacya włosów jest już $1^1/_2$ roku zupełnie zdrowa i wolna od nawrotu.

Łącznie z powyższemi demonstracyami przedstawia prelegent nadto **lumierowskie fotografie** (psoriasis i pityriasis rubra pilaris) w naturalnych barwach, wykonane przez kol. Merza. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zaznacza prym. Borzęcki, iż leczenie miejscowe liszaja płaskiego nie wiedzie do celu, natomiast systematyczne podawanie arszeniku w dawkach wysokich wywiera wpływ korzystny, chociaż powoli; że zaś podawanie wysokich ilości arsenu nie jest dla ustroju obojętne, wobec tego leczenie promieniami Roentgena stanowi wielki postęp w lecznictwie omawianej choroby. Wreszcie zapytuje prelegenta o sposób postępowania w formach rozsianych liszaja płaskiego.

Dr Steuermark odpowiada, że przy rozsianym po całem ciele liszaju płaskim naświetla kolejno jedną część ciała za drugą; przytacza przytem historyę choroby jednego z kolegów, który przez długie lata zażywał arszenik w najrozmaitszych postaciach, (w tem ponad 1000 pigułek azyatyckich) bez skutku, a potem trzema naświetleniami uwolnił go prelegent od bardzo przykrego, bardzo mocno swędzącego liszaja płaskiego. (Streszczenie własne).

IV. Inż. Stobiecki wygłasza wykład p. t. **W sprawie krajowego muzeum przyrodniczego.**

Prelegent wskazuje na wstępie, iż znaczenie muzeów przyrodniczych pojęły inne narody i kraje i nie szczędząc na ten cel znacznej ofiarności publicznej i prywatnej, pozakładały przed wielu laty u siebie muzea przyrodnicze, otaczają je opieką należytą, przyczyniając się tym sposobem do wydatnego postępu wiedzy przyrodniczej i do zainteresowania szerszego ogółu społeczeństwa przyrodoznawstwem. Szeregiem cyfrowych zestawień porównawczych wyjaśnił prelegent, jak ościenne narody uposażyły swoje muzea, — n. p. »Węgierskie Muzeum narodowe« w Budapeszcie, gdzie jest zatrudnionych 43 etatowych urzędników zawodowych i 10 praktykantów, a budżet w r. 1905 wynosił 591.132 koron, albo »Muzeum Królestwa Czeskiego w Pradze«, gdzie budżet w r. 1905 wynosił 176.952 kor. U nas pod tym względem wielkie zaniedbanie, dotychczas naród nasz nie zdołał zdobyć się na założenie takiej instytucyi.

W czasie obecnym, kiedy ruch naukowy na polu przyrodoznawstwa rozwinął się zagranicą ogromnie, a wzmaga się i u nas powoli coraz bardziej, potrzeba koniecznie instytucyi, w którejby przyrodnicy znaleźć mogli środki i fachową pomoc w opracowaniu zbiorów, nagromadzoną literaturę przyrodniczą, materyały porównawcze i zbiory.

Prelegent rozwinął obszernie zakres działalności muzeum i obraz kulturalnego znaczenia takiej instytucyi dla

narodu. Muzeum przyrodnicze krajowe w Krakowie miałoby na celu:

1. Utworzenie warsztatu pracy, gdzieby szereg zawodowych przyrodników mógł pracować nad przyrodoznawstwem i fizyografią kraju.

2. Gromadzenie środków naukowych, a w szczególności utworzenie biblioteki przyrodniczej ze wszystkich działów historyi naturalnej i urządzenie należycie wyposażonych pracowni.

3. Gromadzenie takich zbiorów przyrodniczych, które służyły badaczom za podstawę do prac naukowych, ogłoszonych drukiem; złożone w muzeum dawałyby one innym przyrodnikom materyały porównawcze i możność krytycznego sprawdzania tych prac, lub uzupełniania ich stosownie do postępu nauki.

4 Zbieranie i gromadzenie materyałów do nowych prac naukowych i do fizyografii kraju.

5. Opracowywanie tych materyałów, przy pomocy zbiorów porównawczych i nagromadzonej literatury.

6. Zestawienie dotychczasowych naszych prac fizyograficznych, przystępne dla całego świata naukowego i wykazanie, czego dotąd nie zrobiono, słowem wyznaczenie programu fizyograficznych prac na przyszłość.

7. Opracowywanie podręczników do oznaczania krajowych zwierząt, roślin i skamielin, względnie podjęcie inicyatywy w tym kierunku.

8. Zaznajamianie szerszej publiczności z przyrodą kraju naszego i ziem obcych, z postępem nauk przyrodniczych i nowemi odkryciami na tem polu, a to przez stosownie urządzone zbiory wystawowe przyrodnicze, przez wykłady i odczyty.

9. Uzmysłowienie zbiorami wszelkich działów przyrody swojskiej z dostosowaniem wiedzy przyrodniczej, obejmujące: a) Górnictwo z płodami kopalnianymi, z mapami górniczemi, przekrojami i modelami kopalń, wierceń głębokich i t. p. b) Zbiory technologiczne skał użytecznych, z próbkami kamieni, marmurów ozdobnych, iłów i glin, z próbkami wyrobów i t. p. c) Przyroda agrarna, obejmująca zbiór wszelkich ras i odmian bydła, trzody, drobiu i wogóle zwierząt domowych z preparatami i modelami, odnoszącymi się do chorób zwierząt, wszelkie odmiany i formy roślin uprawnych, zestawienie szkodników gospodarczych roślinnych i zwierzęcych z preparatami. d) Rybactwo. e) Pszczelnictwo. f) Jedwabnictwo. g) Ogrodnictwo z modelami owoców krajowych. h) Leśnictwo i łowiectwo ze szkodnikami roślinnymi i zwierzęcymi, mapą przeglądową leśną, próbkami drzew krajowych i t. p.

10. Historya medycyny z aptekarstwem i lecznictwem ludowem.

11. Opieka nad zabytkami przyrody i opieka nad ogrodami naturalnymi, jakie w kraju mogą powstać dla ochrony zabytków przyrody i mogą być oddane na rzecz krajowego muzeum przyrodniczego.

12. Inicyatywa w zakładaniu muzeów przyrodniczych prowincyonalnych po większych miastach, wspieranie ich dubletami zbiorów i oznaczanie materyałów lokalnych, zebranych i dostarczonych przez te muzea.

Dla urzeczywistnienia tej myśli niezbędne są odpowiednie środki finansowe, potrzebny jest budynek na pomieszczenie zbiorów, biblioteki i pracowni, potrzebni pracownicy zawodowi. W Krakowie znajduje się zawiązek muzeum przyrodniczego, a jest nim Muzeum komisyi fizyograficznej Akademii Umiejętności, które, gdyby się znalazło w lepszych warunkach niż obecnie, rozróśćby się mogło w muzeum, jakiego nam potrzeba. Nawiązując do tych danych, rzucił prelegent kilka myśli, zmierzających do powołania do życia takiego muzeum w Krakowie. (Streszczenie własne).

Dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

V. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Dr Bujak.

---

## Towarzystwo lekarskie warszawskie.

### Posiedzenie kliniczne d. 5. kwietnia 1910.

1) Gustaw Krukowski przedstawił 2 przypadki **rodzinnego zaniku mięśni** (dystrophia musculorum progressiva) z oddziału Dra Bregmana u chłopca 9-letniego i dziewczynki 11-letniej.

2) Kizler przedstawił trudno-hodujące się **drobnoustroje na pożywkach Cantaniego**, a mianowicie: laseczniki Ducreya (ulcus molle), dwoinki wiewiórowe, zapalenia opon, zapalenia płuc, paciorkowce. Cantani podaje następujący sposób przygotowania swego podłoża: W probówce miesza płyn, zawierający białko, np. płyn przesiękowy z jamy otrzewnej, z równą ilością gliceryny. Z tak przyrządzonego glicerolatu należy $^1/_2$—$^1/_3$ cm³ przelać do probówki ze zwykłym agarem lub bulionem. W ten sposób przygotowane podłoża Cantaniego w pracowni naukowej warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, dały wyniki nadzwyczaj dodatnie.

3) Kaczyński przedstawił preparaty **czerwiochów** (scolices) i część błony **bąblowca**, otrzymane drogą nakłucia próbnego i aspiracyi, oraz pęcherzyki pochodne bąblowca, znajdujące się wewnątrz dużego pęcherza w wątrobie i otrzymane już w czasie operacyi.

4) Moraczewski (ze Lwowa): **Badania nad indykanem w moczu.**

W pierwszej części odczytu omawia prelegent wpływ gruczołów, podawanych zamiast mięsa, na wydzielanie indykanu. Wpływ ten wyraża się zwiększeniem ilości indykanu, które jednak nie jest ściśle proporcyonalne do spożytej ilości gruczołów, raczej jest od ilości niezależne. Prelegent uważa wpływ gruczołów za pewnego rodzaju bodziec. W drugiej części wykładu zajął się M. sprawą tolerancyi na indol, która wyraźnie bywa zmniejszona przy niedostatecznem odżywianiu i w niektórych przypadkach zaburzeń wątroby. Tolerancya ta, mierzona ilością indolu 0,02 i badaniem zwiększenia indykanu, okazała się małą w przypadku cukromoczu na tle dnawem, natomiast była zupełnie normalna w przypadkach ciężkiej cukrzycy, choroby Basedowa i przerostu wątroby.

W dyskusyi podkreśla Anastazy Landau zmianę, jaka zaszła w poglądach prelegenta na źródła indolu w ustroju. Już w roku zeszłym Landau zwalczał twierdzenia Moraczewskiego o wewnątrzkomórkowem powstawaniu indolu i wskazywał na to, iż materyał prelegenta jest niewystarczający do obalenia powszechnie uznanego poglądu, iż indol powstaje wyłącznie w kiszce grubej, zależnie od gnicia białka. Następnie zwraca Landau uwagę, iż dobrej tolerancyi indolu, którą prelegent czyni zależną od spalania się jego w wątrobie, nie należy utożsamiać ze sprawnością wątroby. Jakkolwiek wiadomo, iż po wprowadzeniu indolu »per os« pewna część jego znika, to jednak nie jesteśmy pewni, iż winno temu jest spalanie indolu, bowiem również dobrze może on uledz zniszczeniu przez bakterye kiszkowe, a po drugie, jeżeli nawet zgodzić się z prelegentem co do utleniania się indolu, to nie wiadomo, czy czyni to wątroba. Zresztą, gdyby nawet tak istotnie było, to jeszcze ze spalania jednego produktu niepodobna wnosić o całokształcie czynności wątroby.

5) Alfred Sokołowski: **Madeira i Wyspy kanaryjskie z punktu widzenia klimatoterapeutycznego.**

Po skreśleniu właściwości klimatu Madeiry, który się odznacza przedewszystkiem równomiernością, gdyż ciepłoty zimowe z bardzo małemi wahaniami wynoszą stale 16·5 R. i po opisie pięknej flory, prelegent podaje następujące wskazania lecznicze: Przedewszystkiem pobyt na Madeirze nadaje się dla chorych z upartymi nieżytami górnego odcinka dróg oddechowych, przeważnie suchymi, dla osób niedokrwistych, wątłych, potrzebujących dużo ciepłego, łagodnego powietrza, a mało ruchu. Taksamo dla neuraste-

ników, przepracowanych, szczupłych, osób dotkniętych suchymi nieżytami oskrzeli z małym stopniem rozedmy, szczególniej dla osób starszych, potrzebujących więcej spokoju, niż ruchu. Do ujemnych stron pobytu na Madeirze należy brak spacerów po równinie, uniemożliwiających ruch osobnikom, dotkniętym choćby nieznaczną niedomogą oddechową, brak wszelkich urządzeń higienicznych dla chorych, wreszcie drożyzna i odległość od naszego kraju.

Tadeusz Wilczyński.

---

### Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

**Posiedzenie z d. 19. lutego 1910.**

Obecnych 18 członków.

I. Kol. Biegański przedstawił dziecko z charakterystycznymi objawami **tężyczki**.

II. Odczytano pracę, nadesłaną przez kol. Michałowicza z Wiednia: **O mylnem rozpoznawaniu dławca u dzieci z gruźlicą gruczołów płucnych i kręgosłupa.** (Rzecz drukowana w »Przeglądzie pedyatrycznym«).

W dyskusyi kol. Batawia oświadcza, że w rozpoznawaniu dławca pewne usługi oddać może t. zw. bezpośrednia laryngoskopia Kiliana i stosowana nawet u małych dzieci bronchoskopia. — W sprawie trudności rozpoznawczych przy gruźlicy gruczołów oskrzelowych zabierają głos kol. Biegański, Łokczewski i Rozenfeld.

III. Kol. Rozenfeld wygłosił rzecz: **O powstawaniu i leczeniu chorób serca w następstwie stwardnienia tętnic.** Choroby te pod względem rozwoju, przebiegu, objawów i wreszcie leczenia różnią się zupełnie od wad zastawkowych serca, powstających na tle gośćca i innych chorób zakaźnych. W rozpoznawaniu i rokowaniu dyagnostyka fizyczna serca często nie daje lekarzowi dostatecznych punktów oparcia. W wielu razach trzeba się kierować zaburzeniami natury czynnościowej. W etyologii, oprócz ogólnie znanych czynników, które mają być powodem stwardnienia tętnic, przypisuje Huchard pierwszorzędne znaczenie zatruciu pokarmami mięsnymi. Następstwem zatrucia jest skurcz naczyń i zwiększone ciśnienie tętnicze, objawami zaś klinicznymi są zaburzenia czynnościowe, z których najwcześniej występuje bezsenność i duszność. W leczeniu w każdym okresie choroby trzeba zawsze uwzględniać pierwiastek intoksykacyjny. Bardzo pożyteczne jest stosowanie w ciągu dłuższych okresów czasu dyety jarskiej lub wyłącznie mlecznej. Przeciw zmniejszonej sprawności nerek — systematyczne podawanie diuretyny, przeciw wzmożonemu ciśnieniu tętniczemu — nitrogliceryna, stosowana również systematycznie przez kilka lub kilkanaście dni z rzędu każdego miesiąca, naprzemian z jodkiem potasu. W razie osłabienia czynności serca — naparstnica, którą podawać można przez czas dłuższy bez żadnej obawy.

W dyskusyi brali udział kol. Rejman, Wasserthal, Łokczewski, Biegański. Dr Karol Rozenfeld.

---

### Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

**Zebranie z d. 8. kwietnia 1910.**

1) Prezes Radca Dr Chłapowski poświęca kilka gorących słów wspomnienia zmarłemu seniorowi lekarzy wielkopolskich ś. p. Drowi Laskowskiemu z Wągrówca, oraz ś. p. Drowi Rosińskiemu.

2) Dr Karwowski przedstawia przypadek **łuszczycy jednej dłoni,** w którym rozstrzygnięcie, czy chodzi o kiłę, sprawia pewne trudności. Mowca uważa jednak sprawę za kiłową (późniejsze leczenie swoiste potwierdziło to przypuszczenie). — Dr Szulczewski przychyla się do tego zapatrywania.

3) Dr Falgowski przedstawia preparat **ciąży jajowodowej,** operowanej przez pochwę. Chore operowane w ten sposób, daleko szybciej przychodzą do zdrowia.

Dr Pomorski przyznaje to, zapytuje jednak, dlaczego referent wyjął macicę? — Dr Falgowski: Ponieważ 41-letnia chora cierpiała poprzednio na wielkie bole w krzyżu.

4) Radca Dr Chłapowski odczytuje list prof. Dra Wicherkiewicza z Krakowa w sprawie Zjazdów międzynarodowych. Zebranie wybiera jako delegatów Zarząd.

5) Dr Szulczewski: **O stanach kurczowych w wieku dziecięcym.**

Stany kurczowe u dzieci mogą powstać przy najróżniejszych chorobach, które u dorosłych kurczów nie wywołują. Według Flechsiga każdy noworodek przychodzi na świat z niezupełnie jeszcze rozwiniętym mózgiem. Osłonka rdzeniowa dróg przewodzących i włókien nerwowych ma wtedy jeszcze poważne braki. Brak narządu hamującego, który przy kurczach gra wielką rolę. Gdzie postęp rozwoju mózgowego jest bardzo szybki, tam często małe powody wywołują silne odczyny. Często dzieci, które do 3-go roku podlegały kurczom, wyzwalają się później z tej skłonności. Ten typ jednak często później przy każdej sposobności, n. p. przy zapaleniu migdałów, oddziaływa kurczami i dzieci stają się histeryczne.

Dotąd dzielono stany kurczowe na 1) objawowe ze zmianami w mózgu, 2) bez zmian w mózgu, samoistne. Prawdopodobnie jednak jady n. p. płonicy lub błonicy grają wielką rolę bez względu na to, czy wywołały już zmiany anatomiczne w układzie nerwowym. Kurcz nie jest chorobą, tylko objawem, a więc nie może być samoistnym. Kurcze na podstawie chorób zakaźnych mają typ przerywany, odnoszą się do mięśni zewnętrznych, są połączone z utratą przytomności, bez kurczu głośni i ustępują wraz z przyczyną. Alkohol przez pokarm już wywołuje stany kurczowe, co jest dowodem skłonności do stanów kurczowych. Tak samo różne lekarstwa i trucizny. Może i przy czerwiach jelitowych nie chodzi o odruchy, lecz o jady czerwi. Mowca stanowczo odpiera twierdzenie, jakoby ząbkowanie mogło wywołać kurcze.

Drugi rodzaj stanów kurczowych (zupełnie odmienny od spazmofilii) polega na wadach układu nerwowego. Takie dzieci są z natury często nadmiernie wrażliwe i okazują objaw Chwostka i Trousseau. Tu wielką rolę odgrywa krzywica. Jeśli fosforany działają dobrze na kurcze, to dowód, że przyczyna choroby leży w krzywicy. Escherich podał zupełnie odmienną teoryę. Przypisuje on wielką rolę zołzowatości i grasicy. Erb wykazał, że w tężyczce istnieje spotęgowany odczyn nerwów ruchowych na prąd elektryczny. 20—30% chorych na padaczkę rekrutuje się z dzieci cierpiących na kurcze. Binswanger przyjmuje niezharmonizowaną równowagę ośrodków ruchowych i hamujących przy wytworzeniu się padaczki. Inni znów twierdzą, że nikt epileptykiem się nie rodzi, tylko się staje. Przyczyną sprzeczności zdań w wielu przypadkach są wywiady. Na razie rozstrzygnąć sprawy kurczów dziecięcych nie można.

W dyskusyi zaznacza Dr Adamczewski, że drgawki u dzieci właśnie nie zdarzają się w tych miesiącach, gdy się mózg rozwija. Spazmofilia istnieje; dowodzi jej wrażliwość nerwów na prąd elektryczny. Krzywica nie jest bezpośrednim powodem drgawek u dzieci. Mowca przypomina teoryę Eschericha o wpływie gruczołów przytarczycznych. Alkohol przez pokarm nie może wywołać kurczów. Stosuje się go czasem w ten sposób umyślnie (cholera infantum, pneumonia), a kurczów niema, jeśli brak spazmofilii. — Dr Gantkowski zgadza się z Drem Adamczewskim, że tam, gdzie alkohol wywołał kurcze, musiała być skaza kurczowa. Natomiast słuszne jest twierdzenie o dziedzicznem obciążeniu przez alkohol. Z własnego materyału podaje mowca z 300 przypadków 25% kurczów. Mocznica bardzo często wywołuje długotrwałe kurcze, dopiero odświeżenie krwi je powstrzymuje. — Dr Święcicki dziękuje prelegentowi za doskonały wykład. Spazmofilia jest objawem,

powstającym z różnych powodów. Zdanie to powinno się podkreślić w całej medycynie, gdzie często objaw uchodzi za chorobę. Od rozwoju chemicznego kierunku w medycynie zależeć będzie rozpoznawanie powodów. N. p. przy chorobach skórnych bardzo często powody leżą w chemicznym składzie krwi i soków. — Dr Pomorski wspomina o kilku śmiertelnych przypadkach kurczów po tracheotomii. Chodziło o dzieci, cierpiące dawniej na padaczkę. — Dr Nowakowski spostrzegał przypadek, w którym po tracheotomii po wyjęciu kaniuli następowały zawsze kurcze na podstawie histerycznej. — Dr Falgowski: Ząbkowanie jest czynnikiem etyologicznym przy kurczach tak samo, jak ciąża i przekwitanie. Często następują po ciężkich połogach kurcze toniczne. — W końcu Dr Szulczewski odpowiada na postawione zapytania i zaznacza, że podział na kurcze samoistne i objawowe jest niesłuszny; między ciążą, a ząbkowaniem zachodzą poważne różnice. Dr Adam Karwowski.

## List do Redakcyi.

Tak często spotykam się w literaturze naszej z nieuwzględnianiem prac polskich, a specyalnie moich i mej kliniki, że się już do tego przyzwyczaiłem i wcale na to nie oddziaływam. Tym razem uczynię wyjątek, ponieważ chodzi tu o »salus aegroti« resp. »aegrotorum«, a nadto ponieważ jakby dla kontrastu wczoraj Prof. Gerber z Królewca prosił syna mego o przesłanie mu odnośnej jego pracy, o której właśnie mówić mam.

W Nrze 22. »Przeglądu« czytam w sprawozdaniu Towarzystwa lek. Częstochowskiego referat z przemówienia czcigodnego kol. Biegańskiego o twardzieli nosa i znajduję tam takie zdanie: »choroba... jak wykazuje doświadczenie dotychczasowe, jest nieuleczalną«. Tak było rzeczywiście do niedawna, ale syn mój już rok temu opisał w »Gazecie lekarskiej«, że leczył w klinice naszej twardziel promieniami Röntgena z dobrym skutkiem, a nawet ze stałem wyleczeniem, stwierdzonem po 5 i 6 latach; — bywają i nawroty. O pracy syna mego i wynikach jej, zasadniczo tak ważnych, nie wspomina kol. Biegański wcale, a kiedy kol. Łokczewski na nią się powołuje, »kol. Wrześniowski dowodzi, że naświetlanie może być korzystne tylko przy bardzo powierzchownem usadowieniu się twardzieli«, mimo, że syn mój dowiódł właśnie przeciwnie, iż wbrew dawniejszemu zapatrywaniu przy odpowiedniem stosowaniu promieni można i na głębsze warstwy skutecznie zadziałać. Kończę życzeniem, żeby kochani Koledzy z Częstochowy na mnie się nie gniewali, — ja im ich pominięcia prac naszych nie biorę za złe, — przyzwyczailiśmy się już do tego; — jest to cierpienie bardzo przewlekłe i niewiem, czy znajdzie się na nie promienie podobnie skuteczne, jak Roentgena na tak przewlekłą chorobę, jak — twardziel.

L. Rydygier.

Lwów, 30. V. 1910.

## Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

**Ankieta w sprawie lekarzy szkolnych,** urządzona przez Izbę lekarską wschodnio-galicyjską, obradowała w dalszym ciągu 6. VI. 1910. Rozpatrywano mianowicie projekt organizacyi lekarzy szkolnych dla szkół ludowych lwowskich, opracowany przez Dra Piaseckiego, oraz sprawę leczenia dzieci szkolnych przez lekarzy szkolnych. Projekt Dra Piaseckiego, zmodyfikowany według wniosków r. dw. Dra Merunowicza, polega na utworzeniu osobnej organizacyi lekarzy szkół ludowych, z osobnym lekarzem naczelnym, któryby urzędował w Radzie szkolnej miejskiej jako urzędnik etatowy, podlegający wprost tylko prezydyum miasta, a niezależny od fizykatu. Dzielnicowych lekarzy szkolnych należy na razie mianować 2 z płacą po 2000 kor. rocznie dla szkół, najgorszych pod względem sanitarnym, a dopiero stopniowo tworzyć dalsze posady. — Ankieta uchwaliła dalej na wniosek r. dw. Dra Merunowicza wyrazić opinię, że lekarze szkolni w razie choroby dziecka mają tylko pouczać rodziców, do jakiego lekarza ew. specyalisty należy się zwrócić, że natomiast leczenie uczniów przez lekarzy szkolnych ma być z wyjątkiem przypadków nagłych wyłączone. R.

**Niemiecki centralny komitet badania raka** obchodził 10-lecie swego istnienia. Przez ten czas zyskał on wielką liczbę członków i to także poza sferami lekarskiemi; należą do niego różne instytucye, Towarzystwa ubezpieczeń i t. p. Komitet rozsyła do lekarzy zapytania, zbiera skrzętnie statystykę, bada miejsca rakowe i t. p. Komitet założył własne pismo »Zeitschrift für Krebsforschung« i własną bibliotekę. Bada się też wyniki następowe po operacyach, częstość raka, dziedziczność i t. p. Prócz tego komitet popularyzuje wiadomości o tej chorobie, utrzymuje przytułki dla rakowatych, udziela zasiłków na badania raka. X.

**Stan epidemii w Galicyi.** W czasie od 5. VI. do 11. VI. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Grybów (Florynka 1, Piorunka 1), Jarosław (Zaleska wola 1, Nienowice 1), Jaworów (Jazów stary 3, Młyny 2, Jaworów 1), Nadwórna (Wołosów 1, Łuh 4), Rawa (Ulicko seredkiewicz 2), Przemyślany (Nowosiółka 1), Śniatyn (Wołczkowce 4, Ilińce 2), Tłumacz (Olesza 4). Dr T.

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 5. VI. do 11. VI. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 1, ospy 1 † — (1 † —), płonicy 11 † 1 (4 † —), odry 1, duru brzusznego 3 † 1 (1 † 1), tężca 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

**Choroby zakaźne w Warszawie.** Od 15. V. do 21. V. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 12 † 4 (w całem mieście † 10), odry 6 († 2), płonicy 9 († 10), błonicy 6, róży 5 († 1), duru plamistego 22 † 3 († 1), duru brzusznego 15 † 1 († 3). (Gaz. lek. Nr 24).

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 15. VI. b. r. posiedzenie, na którem Prof. Kader, Dr Radliński i Prof. Rosner przedstawili szereg przypadków chorobowych z klinik chirurgicznej i ginekologicznej, poczem odbyła się ożywiona dyskusya. Projekt regulaminu Towarzystwa przyjęto z poprawkami, wniesionemi przez Dr Banneta. Wykład Dr Spiry odłożono na życzenie prelegenta na następne posiedzenie.

— Pierwszy Zjazd Towarzystwa okulistów polskich, zapowiedziany na r. b., został odroczony do czasu Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, t. j. do r. 1911.

— W Bóbrce otwarto 1. VI. b. r. nowy szpital publiczny w obecności marszałka kraj. Stanisława hr. Badeniego, szefa departamentu sanitarnego członka Wydziału kraj. Dra Bernadzikowskiego, inspektora szpitali Dra Lipskiego i t. d. Szpital obejmuje 60 łóżek; dyrektorem mianowany został r. c. Dr Tadeusz Gabryszewski.

— Na fundusz im. Pareńskiego dla ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza nadesłali na ręce Dyrekcyi szpitala w dalszym ciągu (do d. 6. VI. 1910): 200 kor. Dr Michał Kozłowski; po 100 kor.: Prof. Pieniążek, Prof. Bossowski, Dr Rydel, Kownacki, rodzina ś. p. Dra Mahla, Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem, Zgromadzenie SS. Miłosierdzia w Krakowie, p. Stępińska; po 50 kor.: Drowie Hassewicz, Prof. Łazarski, Eisenberg, Ks. Górski, Pelczar, Dłuski, Wilson, Doc. Nowotny, Kropaczek, Walkowski, Gremium droguistów Galicyi zachodniej, pp. Teichmanowa, Olszewska, Myczkowski, Chronowscy, M. Koy, Wójcikiewicz; po 40 kor.: Dr J. Rosner, J. Scharf; po 30 kor.: Prof. Dobrowolski, Dr Wilczyński L., Prof. Kostanecki, pp. Rybczyńska, J. Jawornicki, W. Gablenz; po 25

kor.: Prof. Machek, p. A. Mendelsburg, Dr Chramiec, Śliwiński, Józefczyk, Balicki, Schnek, Murdzieński, Krongold, Łopaciński, Süsskind, Schaiter; po 20 kor.: Prof. Gluziński, Dr Marcisiewicz, Skobel, Prof. Baurowicz, W. Sadowski, Jaugustyn, Gałuszka, Rosenblatt, Prof. Browicz, Steuermark, Żychoń, Sawer, K. Rutkowski, Surzycki, Bulikowski, pp. Głęboccy, X. Prof. Chotkowski, pp. Janowie Golińscy, Dr Bier, S. Rogoyski, M. Sołtysik, Slósarczyk, Rudnicki, Kwaśniewski, Kopff, Doc. Seńkowski, Zeitner, Wechsler, Ebers, Junger, Borzęcki, Prof. Rencki, Ćwiklicer, Kretz, Schlank, Mazurkiewicz, Prof. Piltz, Komorowski, Murczyński, Prof. Braun, Lachowicz, Many, Pilzer, Stanowski, Kurasiewicz, Prof. Szpilman, Prof. Grabowski; po 15 kor.: Dr Buzdygan, E. Münz, Jarosz, Loewy, p. z Bierkowskich Meixnerowa; 12 kor. Dr Drobner; po 10 kor.: Dr Przybylski, Owsiński, Friedwald, Rossberger, Mikucki, Dadlez, Walczyński, Fleszer, Urbanik, Hernich, S. Aronsohn, Schermant, Kalisz, Blassberg, Prof. Zuławski, Pisek, Dziewoński, Muszkiet, Michnik, Mydlarski, Nisensohn, R. Landau, Gertler, Biernacki, Gnoiński, Biesiadzki, J. Aronsohn, Berggrün, Grünhut, Oświecimski, Pluciński, Jankowski, Weinsberg, Ostafiński, Kowenicki W., Siedlecki, J. Tarchalski, Kepler, Dembowski, Prof. Panek, Prof. Fibich, Prof. Sieradzki, Prof. G. Ziembicki, Woytkowski, Bętkowski, Cercha, r. dw. Merunowicz, Doc. Droba, J. Stopczański, Skórski, Orski, Kocay, Prof. Majewski, Smoręgiewicz, Frommer, Merz, Kraszewski, Natter, Ligęza, Dyr. Krzyszkowski, Prof. Maziarski, Piątkowski, L. Berger, Jan Bednarski, Gawlik, Lic, mg. farm. Reifer, pp. Alicya, Leona i Karolina Bierkowskie; po 5 kor.: Dr Gogulski, Ruczka, Lewinter, Grzybczyk, Bilwin, Eisen, Pajączkowski, Trzaskowski, Prof. Herman, J. Bąkowski, Nartowski, Łodziński, Poźniak, D. Hirsch, W. Nowak, Woynarowski, Weisglas; 4 kor. Dr Dura; po 3 kor.: Dr Agatstein, Rafał Spira.

Ogółem wpłynęło dotąd od lekarzy 4634 kor., od rodzin po lekarzach i osób prywatnych 1912 kor., razem 6546 koron.

**Warszawa.** Wydział III. Towarzystwa naukowego warszawskiego odbył 2. VI. posiedzenie, na którem przedstawiono m. i. prace następujące: 1) W. Janowski: Krzywe przełykowo-przedsionkowe, zdjęte wraz z krzywą elektrokardyograficzną. 2) B. Możejko: Badania nad budową układu krwionośnego i limfatycznego minoga rzecznego. 3) J. Tur: Badania nad stadyami najwcześniejszemi rozwoju gawrona.

— Częstochowski oddział warszawskiego Towarzystwa higienicznego ogłasza w sprawie Wystawy przeciwgruźliczej w Częstochowie następującą odezwę:

»Pod hasłem »walki z gruźlicą« wre dziś gorączkowa praca w całym świecie cywilizowanym, powstają specyalne stowarzyszenia, sanatorya ludowe, muzea, liczne wydawnictwa popularne. Gruźlica nie jest dziś zagadnieniem wyłącznie lekarskiem, lecz staje się sprawą społeczną, a walka z nią obowiązkiem społecznym. Społeczeństwo musi się bronić od tej klęski, której potworne rozmiary statystyka już dawno wykazała. Nauka dowodzi, iż walka z gruźlicą jest możliwa, dziś już nie jesteśmy wobec niej bezsilni, gdyż znamy jej przyczyny i warunki jej rozwoju, a poznanie wroga daje nam możność zwalczenia go. To też obowiązek społeczny nakazuje nam rozpowszechniać to poznanie wśród najszerszych warstw ludności. Gdy każdy znać będzie grożące mu niebezpieczeństwo i sposoby możliwej wobec niego obrony, to liczba ofiar tej klęski znacznie się zmniejszy. Mając na względzie tę okoliczność, Częstochowski oddział warszawskiego Tow. higienicznego postanowił urządzić w r. b. wystawę przeciwgruźliczą we własnym gmachu, w Muzeum higienicznem. Położenie Muzeum w Parku Jasnogórskim u stóp klasztoru Jasnogórskiego, gdzie zbierają się corocznie setki tysięcy pątników, daje wyjątkową możność szerokiego spopularyzowania naszej wiedzy o gruźlicy i o środkach ochronnych wobec niej. Wystawa będzie otwarta w d. 28. lipca b. r. i trwać będzie do dnia 23. września. Jej cel będzie głównie dydaktyczny, uwzględnione więc będą objaśnienia szczegółowe wystawionych okazów. Wybrana z łona członków Częstoch. oddz. W. T. H. komisya organizacyjna zajmuje się już gromadzeniem okazów; chcąc jednak wywiązać się jak najlepiej ze swoich obowiązków, wzywa niniejszem wszystkich, którym zdrowie ogółu leży na sercu, aby mu pomogli bądź radą i wskazówkami, bądź nadesłaniem odpowiednich okazów, bądź nakoniec środkami materyalnymi. (Adres: Dr Nowak, Częstochowa, II. Aleja, Nr 33).

Dr Władysław Biegański, Dr Stanisław Nowak.

— Pismo »Zdrój Ciechociński« rozpoczęło IV. rok wydawnictwa pod nową redakcyą pp. Arnolda Bartha i Antoniego Maruszewskiego. Osobny dział stanowią w tygodniku tym »Echa druskienickie«.

— Na Litwie i Rusi ma być, według obliczeń posła Żukowskiego (podanych w gazecie »Riecz«), lekarzy Rosyan 658, Żydów 483, Polaków 406.

**Z różnych stron.** W celu możliwego udogodnienia pobytu podczas V. międzynarodowego Zjazdu położników i ginekologów w Petersburgu (22—28 września n. s. r. b.) miejscowy Związek polski lekarzy i przyrodników utworzył osobny komitet pod przewodnictwem Dra Eugeniusza Marcinkiewicza (Karawannaja 20), który, między innemi, zajął się sprawą odpowiedniego ulokowania mających przybyć rodaków. Życzący sobie skorzystać z tej sposobności, zechcą się zgłosić pod wyżej wskazanym adresem.

— Towarzystwo lekarskie wiedeńskie (k. k. Gesellschaft der Aerzte, IX. 3. Frankgasse 8) ogłasza konkurs im. Dra M. Goldbergera z nagrodą 2000 kor. za najlepszą pracę na temat: »Biologiczne podstawy wtórorzędnych cech płciowych«. O nagrodę ubiegać się mogą lekarze z Austryi i Niemiec. Prace muszą być napisane w języku niemieckim i nadesłane do prezydyum Towarzystwa z zachowaniem zwykłych form konkursowych najdalej do 15. maja 1912. (Gdyby nie nadeszła żadna praca godna nagrody na temat konkursowy, to może być nagrodzona najlepsza praca z zakresu nauk lekarskich, na inny temat, ogłoszona w ostatniem trzechleciu, lub nadesłana w rękopisie do prezydyum Towarzystwa).

**Powołani:** Patolog Prof. Aschoff z Fryburga do Würzburga, okulista Prof. Dalén z Lund do Stokholmu.

**Zmarli:** Dermatolog Prof. Pick w Pradze.

**Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1910.**

*Gazeta lek.* Nr 18—21. Cybulski (dok.). — Kaufman M.: O wielokrotnem pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu. — Bychowski: W sprawie cukromoczu u ciężarnych. — Lichtenstein: O samozatruciu w chorobach skórnych. — A. Sokołowski: O t. zw. gorączce maltańskiej. — Bernhardt: Ś. p. Antoni Elzenberg. — Koelichen: O zapaleniu surowiczem opon mózgowych i wodogłowiu pierwotnem nabytem. — Tumpowski: Przypadek stwardnienia wieloogniskowego z wybitnem zajęciem nerwu trójdzielnego. — Wachtel H.: O działaniu żelazicyanku potasowego na krwinki. — Załuska Jan.: W sprawie powstawania gnilca sporadycznego.

*Medycyna i Kronika lek.* Nr 18—21. Wasserthal: Uwagi o balneologicznem leczeniu chorób narządów moczowych. — Messing: Ruchy atetotyczno-pląsawicze w przebiegu syfilisu mózgowo-rdzeniowego. — W. Sterling: Antoni Elzenberg (życiorys). — Ganz: O leczeniu gruźlicy płuc zapomocą substancyi uodporniających (IK) Spenglera. — Endelman: Leczenie cierpień dróg nosowo-łzowych przy pomocy drenowania stałego. — Sterling Wł.: Padaczka i stany pokrewne. — Grundzach: O przepuklinie nadbrzusznej ze stanowiska internisty.

*Tygodnik lek.* Nr 17—20. Biernacki: Sól kuchenna a przemiana potasu. — Marischler, Reichenstein i Schneider: Wpływ dyety skąpej w białko i kalorye na wydzielanie siarki obojętnej. — Studziński: W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z nadnerczy. — Orzechowski: O anatomicznej dyspozycyi układu nerwowego. — Wrzosek. 1) Stefan Gaden, lekarz nadworny carów moskiewskich. 2) Życie płciowe studentów uniw. moskiewskiego. — Kaufman (c. d.). — Brejter: O tamponowaniu macicy po porodzie sposobem Dührssena i o zastosowaniu zapobiegawczem tegoż zabiegu.

*Nowiny lek.* Nr 5. Bogdanik: O opatrunku ustalającym krochmalnym. — A. Puławski (dok.). — Malinowski: Choroby weneryczne a małżeństwo. — Stasiński: Przypadek przemijającej ślepoty, wzgl. niedowidzenia po zażyciu chininy. — W. Chodźko (c. d.).

*Pamiętnik Tow. lek. warsz.* Z. I. Dłuski i Rozpędzihowski: Badania krwi według metody Arnetha wogóle i specyalnie w gruźlicy. — Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

*Postęp okul.* Nr 4—5. Namysłowski: Promieniowce z ludzkiej rogówki.

*Przegląd chirurgiczny i ginekolog.* Z. III. Pietkiewicz: Przypadek wypadnięcia przez cewkę moczową torbieli ujścia moczowodu u kobiety 30-letniej. — Marcinkowski: O zabiegu Phelpsa.

*Zdrowie.* Nr 5. J. Jaworski: O stosunku uczonych polskich do kongresów naukowych międzynarodowych oraz o potrzebie udziału naszego w kongresach takich. — Malewski: O dyetetycznem leczeniu chorych w zakładzie leczniczym w Grodzisku. — Dobrzyński (dok.).

*Przegląd higien.* Nr 4. Friedberg: Stosunki zdrowotne przy przeróbce włosienia, szczeci i pierza w Brodach.

*Głos lekarzy.* Nr 9—10. Zaremba: Lekarze rządowi, a praktyka prywatna. — Mikołajski: 1) Krakowskie Towarzystwo ratunkowe. 2) Ankieta w sprawie lekarzy szkolnych. 3) O organizacyi lekarzy. 4) Rozporządzenie wykonawcze do ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych. 5) Zjazd lekarzy słowiańskich w Sofii. — Opinia kraj. Rady zdrowia w sprawie lekarzy szkolnych w seminaryach nauczycielskich. — Piasecki: Projekt organizacyi nadzoru lekarskiego nad szkołami miejskiemi w m. Lwowie.

*Kronika dent.* Nr 5. Krakowski: Czy wyjmowanie zębów wskazane jest u ciężarnych? — Gelbard: Z dziedziny rentgenografii dentystycznej.

Redaktor odpowiedzialny:

**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## Zapiski przemysłowo-lekarskie.

### Nadesłane.

**Digastrophan**, nowy środek sercowy. Dr O. Bölke, kierownik wewn. oddz. szp. miejsk. w Raciborzu. (Ther. d. Gegenw. 1910. Nr 4).

Usiłowania i próby dokładnego i jednostajnego dawkowania silnego działania naparstnicy na serce, osiągły nowy postęp przez stworzenie digastrofanu przez firmę Goedecke & Co. w Berlinie. Inicyatywa pochodzi od Dra Bölke, kierownika wewnątrz. oddz. miejsk. szp. w Raciborzu. Nie posiadaliśmy dotąd wyciągów stałych ze strofantusa i naparstnicy z pełnowartościowem działaniem. Aby uniknąć utraty istoty działającej obrano przy digastrofanie taką drogę: ze 100 części fol. digitalis i 50 części sem. strophanti sporządzono w sposób w farmakopei przyjęty extr. fluidum. To wyparowuje się w próżni przy ciepłocie nie przekraczającej 40°, tak, iż otrzymana pozostałość stała zawiera stosunek ziół. Każdy kołaczyk zawiera dokładnie 0·1 gr. fol. digital. i 0·05 sem. strophanti o tak pełnem i stałem działaniu, jakiej towar surowy nigdy okazywać nie może.

Przy łączeniu naparstnicy ze strofantusem kierowano się tą myślą przewodnią, że strofantus w pewnem znaczeniu łagodzi działanie zbiorowe (kumulatywne) naparstnicy i że zestawienie dwu środków sercowych, o niezupełnie jednakiem działaniu, wywoła lepszy wynik leczniczy.

Obok tych czystych kołaczyków digastrofanowych sporządzono do pewnych celów (wzmożenie moczenia) — także kołaczyki, zawierające obok 0·1 gr. digital. i 0·5 strofant. jeszcze 0·2 gr. octanu sodowego (digastrophan. diuretic. No I) względnie coffein — natr. acetic. (digastrophan. diuretic. Nr II). Środek sercowy i moczopędny mogą tu zatem w sposób najwygodniejszy w jednym kołaczyku być podawane.

Bölke wypróbował nadzwyczaj starannie i dokładnie sposób działania digastrofanu. Z początku stwierdził szybkie działanie krzepiące na wyosobnione serce zwierząt zimnokrwistych, następnie na 10 zdrowych, silnych mężczyznach, a potem próbował dokładnie przetworu tego u wszystkich odpowiednich chorych na serce i ze zmianami w naczyniach, wśród dokładnych zapisków co do ciśnienia, krzywej tętna, liczby tętna i napięcia, jakoteż co do wydzielania moczu. W ciągu 10 miesięcy leczono 85 przypadków, a mianowicie 44 organicznych wad zastawkowych, 18 schorzeń mięśnia sercowego, 1 zrost worka osierdziowego, 3 przypadki ciężkich zaburzeń w pracy serca wskutek zmiejszenia się miejsca w klatce piersiowej i 19 przypadków znużenia serca przy ostrych chorobach zakaźnych, szczególnie przy durze brzusznym.

Praca Bölkego przynosi dalej szereg pouczających przypadków z licznemi krzywemi tętna i ciśnienia krwi, których opis z powodu braku miejsca jest tu niemożliwy, a które zasługują na dokładne przestudyowanie. Bölke wyraża się tak o działaniu tego nowego środka sercowego: Podniesienie głębokości i zmniejszenie liczby uderzeń serca, zniknięcie arytmii w najszerszych rozmiarach. Ciśnienie krwi (mierzone według Riva-Rocciego z manszetem Recklinghausena) podnosi się stale i odpowiednio do dobrego działania naparstnicy. Spostrzeżono również przy leczeniu kilku przypadków schorzeń mięśnia sercowego zachowanie się, oznaczone jako parodoks przez niektórych autorów — podwyższone ciśnienie krwi przy nadzwyczaj małej fali tętna; wśród leczenia nastąpił powrót do warunków normalnych, t. j. pomimo wzmocnienia tętna i zmniejszenia liczby uderzeń ze znikającą arytmią obniżyło się pierwotnie podniesione ciśnienie krwi w kilku przypadkach z powodu poprawy pracy serca do poziomu prawidłowego. Wraz z poprawą czynności serca stwierdzano stale podniesienie się wydzielania moczu do ilości prawidłowej, względnie ponad nią, a dało się ono jeszcze przez podawanie »digastroph. diureticum« powiększyć. Podkreślić należy przy leczeniu digastrofanem szybkie wystąpienie i stosunkowo długie trwanie działania, dwa czynniki o wielkiej wartości leczniczej. Nerządy trawienia znoszą digastrofan dobrze, nawet przy ciężkich chorobach zakaźnych; nie wywiera on działania szkodliwego, szczególnie na nerki.

Dziennie 3 razy po 1 kołaczyku wystarcza w większości przypadków; gdzie tego potrzeba, podnoszą 4 kołaczyki działanie i bywają dobrze znoszone. Hr. W.

# Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

## I. Zdrojowiska krajowe:

### Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

### Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).

Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem“.

Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

### Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem“.

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

### Szczawnica.

Dr **Hammerschlag Rudolf.**

Dr **Gorski Xawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).

Dr **Kołączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny.

Dr **Kruszyński Kazimierz**, Radca cesarski.

### Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

## II. Zdrojowiska zagraniczne:

### Bad Hall (w górnej Austryi).

Dr **Feuerstein Leon**, Villa „Söllradl“.

### Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

### Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

### Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris“.

### Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger“ IV.

### Karlsbad.

Dr **Obmiński Ksawery**, objął od 1 czerwca b. r. zakład dla elektr., wibracyi i masażu po śp. Drze Kaufmanie. „Maltaserritter“.

### Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis“ Ludwigstr. 16.

Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa“.

### Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, ord. jak dotychczas Dom „Mozart“.

Dr **Jasinicka Marya**, Schloss Heilbronn, Kaiserstrasse.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg“.

Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller“.